



ESCOLA DE DOUTORAMENTO
INTERNACIONAL DA USC

Susana
Neiva

Tese de doutoramento

Autoperceção e Impacto na
Intervenção - Estudo
Qualitativo - Ansiedade,
Depressão, Anorexia Nervosa e
PIAER

Santiago de Compostela, 2022



TESE DE DOUTORAMENTO

AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA INTERVENÇÃO

ESTUDO QUALITATIVO

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ANOREXIA NERVOSA E

PIAER

Susana Neiva

ESCOLA DE DOUTORAMENTO INTERNACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN NEUROCIENCIA E PSICOLOXIACLINICA

SANTIAGO DE COMPOSTELA / LUGO

ANO

2022



D./Dna. **Susana Maria Fernandes da Silva Albuquerque Neiva**

Título da tese: **AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA INTERVENÇÃO – ESTUDO QUALITATIVO - ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ANOREXIA NERVOSA E PIAE**

Presento a miña tese, seguindo o procedemento axeitado ao Regulamento, e declaro que:

- 1) A tese abarca os resultados da elaboración do meu traballo.
- 2) De ser o caso, na tese faise referencia ás colaboracións que tivo este traballo.
- 3) Confirmo que a tese non incorre en ningún tipo de plaxio doutros autores nin de traballos presentados por min para a obtención doutros títulos.
- 4) A tese é a versión definitiva presentada para a súa defensa e coincide a versión impresa coa presentada en formato electrónico

E comprométome a presentar o Compromiso Documental de Supervisión no caso de que o orixinal non estea na Escola.

En **Moledo Do Minho** , **18 de Novembro de 2022**.

Sinatura electrónica

D./Dna. **Emílio Gutierrez Garcia**

En condición de: **Director/a**

Título da tese: **Autoperceção e Impacto na Intervenção - Estudo Qualitativo - Ansiedade, Depressão, Anorexia Nervosa e PIAER**

INFORMA:

Que a presente tese, correspóndese co traballo realizado por D/Dna Susana Maria Fernandes Da Silva Albuquerque Neiva , baixo a miña dirección/titorización, e autorizo a súa presentación, considerando que reúne os requisitos esixidos no Regulamento de Estudos de Doutoramento da USC, e que como director/titor desta non incorre nas causas de abstención establecidas na Lei 40/2015.

En Santiago De Compostela , 18 de Novembro de 2022

Sinatura electrónica

Não consigo dominar este estado de ansiedade a pressa de chegar p'ra não chegar tarde não sei de que é que eu fujo será desta solidão mas porque é que eu recuso quem quer dar-me a mão vou continuar a procurar a quem eu me quero dar porque até aqui eu só,	Quero quem quem eu nunca vi porque eu só quero quem quem não conheci porque eu só quero quem quem eu nunca vi porque eu só quero quem quem não conheci porque eu só quero quem quem eu nunca vi,	Esta insatisfação não consigo compreender sempre esta sensação que estou a perder tenho pressa de sair quero sentir ao chegar vontade de partir p'ra outro lugar Vou continuar a procurar o meu mundo, o meu lugar porque até aqui eu só,	Estou bem aonde não estou porque eu só estou bem aonde eu não vou porque eu só estou bem aonde não estou porque eu só estou bem aonde não vou porque eu só estou bem aonde não estou, só,
--	---	---	---

António Variações - Estou Além

Letra de: António Variações

Música de: António Variações

Para o Neiva, a Inês, a Raquel, a Sofia, o João Pedro e a Gabriela

Pelo tempo que não vos dei

AGRADECIMENTOS

Cada viagem, cada percurso, cada conquista resulta do esforço, sacrifício e generosidade de várias pessoas. Sou muito grata às que facilitaram o meu caminho, me incentivaram e ajudaram a construí-lo.

Em primeiro lugar, à minha família incrível. Ao meu marido cuja inacreditável generosidade, amor e incentivo faz com que tudo pareça possível. Aos meus filhos, cuja compreensão e incentivo diminuiu a minha culpa pelas ausências e momentos não partilhados, e a Deus pela inspiração, oportunidades e pessoas especiais que colocou no meu caminho.

Ao Professor Emílio Gutiérrez, pela paciência, apoio e colaboração mesmo à distância e com tantos desafios.

Ao Ângelo Merayo, pela rapidez e eficiência no apoio na tradução, tão importante neste trabalho.

Por fim, mas sem dúvida os mais relevantes, aos participantes do estudo que confiaram em mim para partilhar a sua história que tão generosamente cederam com o intuito de promover uma melhor prática profissional.

A todos

OBRIGADA

FINANCIAMENTO

Não estou vinculada a nenhum grupo de investigação da USC ou de outra entidade. O estudo não foi desenvolvido no âmbito de nenhum programa ou projeto financiado. Não beneficiei de nenhuma Bolsa ou contrato de investigação. A investigação foi realizada usando os meus próprios recursos

CONFLITO DE INTERESSES

Não existe nenhum potencial conflito de interesses por parte de Susana Maria Fernandes da Silva Albuquerque Neiva em relação à tese de doutoramento.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	11
LISTA DE ABREVIATURAS	13
RESUMO	14
ABSTRAT	15
RESUME EN GALEGO	16
1. INTRODUÇÃO	23
1.1. SAÚDE MENTAL	23
1.2. PERTURBAÇÃO MENTAL	26
1.2.1. O Estigma na Perturbação Mental	27
1.3. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	30
1.3.1. Determinantes Sociais da Saúde Mental	31
1.3.2. Dinâmicas Familiares e Relacionais	32
1.3.3. Características Individuais e Estratégias de Coping	34
1.4. A REALIDADE PORTUGUESA	36
1.5. INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA NA PRÁTICA PSICOTERAPÊUTICA	37
1.6. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO – AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA	39
INTERVENÇÃO – ESTUDO QUALITATIVO - PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ANOREXIA NERVOSA E PIAER	39
2. OBJETIVOS GERAIS	41
3. METODOLOGIA	43
3.1. PARTICIPANTES	45
3.2. ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS	50
4. ESTUDO 1 - AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA INTERVENÇÃO – ESTUDO QUALITATIVO PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	51
4.1. PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE	51
4.1.1. Definição e Principais Características das Perturbações de Ansiedade (PA)	52
4.1.2. Participantes	53
4.1.3. Resultados	54
4.2. AS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS	61
4.2.1. Definição e Principais Características	63

4.2.2. Participantes	63
4.2.3. Resultados	64
4.3. A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO – COMORBIDADE.....	70
4.3.1. Participantes	70
4.3.2. Resultados	71
5. ESTUDO 2 - AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA INTERVENÇÃO - ESTUDO QUALITATIVO PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO (AN/PIAER).....	79
5.1. PERTURBAÇÕES ALIMENTARES	79
5.1.1. A Anorexia Nervosa	80
5.1.2. Participantes	81
5.1.3. Resultados	82
5.2.1. A Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/ Restritiva	89
5.2.2. Participantes	90
5.2.3. Resultados	91
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	98
6.1. DISCUSSÃO GLOBAL DOS RESULTADOS.....	98
6.2. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS	112
6.2.1. Limitações e Implicações para estudos Futuro.....	115
7. ANEXOS	116
7.1. AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO EMPÍRICO INICIAL	116
7.2. GUIÃO DE ENTREVISTA.....	118
7.3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO.....	121
7.4. AUTORIZAÇÃO DE USO DA LETRA DA MÚSICA “ESTOU ALÉM “ DE ANTÓNIO VARIACÕES.....	123
8. BIBLIOGRAFIA.....	124

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Fatores de Proteção na Dinâmica Familiar.....	33
Tabela 2 Fatores de Risco na Dinâmica Familiar.....	33
Tabela 3 Análise Temática de Dados.....	45
Tabela 4 Informação Sociodemográfica PA.....	54
Tabela 5 Contexto e Experiências de Vida PA.....	55
Tabela 6 Impacto Vivencia/Experiencia PA.....	56
Tabela 7 Processo Terapêutico Fatores Promotores de Sucesso PA.....	57
Tabela 8 Processo Terapêutico Fatores Inibidores de Sucesso PA.....	58
Tabela 9 Estratégias de Coping Participantes Ansiedade.....	59
Tabela 10 Reflexão Alteração na Percepção e Comportamentos PA.....	61
Tabela 11 Informação Sociodemográfica PD.....	64
Tabela 12 Contexto e Experiências de Vida PD.....	65
Tabela 13 Impacto Vivencia Experiência PD.....	66
Tabela 14 Processo Terapêutico Fatores Promotores de Sucesso PD.....	67
Tabela 15 Processo Terapêutico Fatores Inibidores de Sucesso PD.....	68
Tabela 16 Estratégias de Coping PD.....	69
Tabela 17 Reflexão Alteração Percepção Comportamentos PD.....	69
Tabela 18 Informação Sociodemográfica PA/D.....	71
Tabela 19 Contexto e Experiências de Vida PA/D.....	72
Tabela 20 Impacto da Vivencia Experiência PA/D.....	73
Tabela 21 Processo Terapêutico Fatores de Sucesso PA/D.....	74
Tabela 22 Processo Terapêutico Fatores Inibidores de Sucesso PA/D.....	75
Tabela 23 Estratégias de Coping PA/D.....	76
Tabela 24 Reflexão Alteração Comportamentos PA/D.....	77
Tabela 25 Informação Sociodemográfica AN.....	82
Tabela 26 Contexto e Experiências de Vida AN.....	82
Tabela 27 Impacto vivencia AN.....	83
Tabela 28 Processo Fatores Promotores Sucesso AN.....	85
Tabela 29 Processo Fatores Inibidores Sucesso AN.....	86
Tabela 30 Estratégias de Coping AN.....	87
Tabela 31 Reflexão Alteração de Comportamentos AN.....	88
Tabela 32 Informação Sociodemográfica PIAER.....	90
Tabela 33 Contexto e Experiência de Vida PIAER.....	91
Tabela 34 Impacto da Vivencia PIAER.....	92
Tabela 35 Fatores Promotores de Sucesso PIAER.....	94
Tabela 36 Processo Fatores Inibidores de Sucesso PIAER.....	95
Tabela 37 Estratégias de Coping PIAER.....	96
Tabela 38 Reflexão Alteração de Comportamentos PIAER.....	97
Tabela 39 Caracterização Sociodemográfica Geral.....	98

Tabela 40 Contexto e Experiência de Vida Geral	99
Tabela 41 Impacto Vivencia PM Geral.....	104
Tabela 42 Fatores Promotores de Sucesso Geral.....	107
Tabela 43 Fatores Inibidores de Sucesso Geral.....	108
Tabela 44 Estratégias de Coping Geral	109
Tabela 45 Reflexão Alteração de Comportamentos Geral.....	110

LISTA DE ABREVIATURAS

A N – Anorexia Nervosa

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM – Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais

FE - Fobia Especifica

MS – Mutismo Seletivo

Ps – Participantes

PA – Perturbação de Ansiedade

PA/D – Perturbação de Ansiedade/ Depressiva

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PAS – Perturbação de Ansiedade Separação ou Social

PD – Perturbação Depressiva

PDM - Perturbação Depressiva Major

PDP - Perturbação Depressiva Persistente

PIAER – Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante / Restritiva

PM – Perturbação Mental

PP – Perturbação de Pânico

SM – Saúde Mental

SMP – Saúde Mental Positiva

WHO - World Health Organization

RESUMO

As perturbações mentais (PM) são o tipo de problema de saúde mais comum quer no espaço Europeu, quer em Portugal (DGS et al., 2017; WHO, 2018). Apesar do referido, continuam a ser a área da saúde com mais situações sem diagnóstico e intervenção tardia. A investigação científica demonstra a incidência e gravidade do sofrimento causado pela vivência de uma PM. No entanto, alerta também para os níveis de abandono dos processos terapêuticos que poderiam minorar esse sofrimento e permitir recuperar a qualidade de vida das pessoas envolvidas (Giel et al., 2021; Hauber et al., 2020; Swift & Greenberg, 2012). O objetivo deste trabalho consiste em analisar o que do ponto de vista do paciente realmente impacta no seu processo de adesão, manutenção e mudança nas diferentes propostas terapêuticas, de forma a adequar a intervenção às suas necessidades e especificidades. Pretende-se também perceber, de acordo com a perceção dos próprios, o que influencia a ação dos indivíduos no processo terapêutico, aumentando, ou não, o impacto e o sucesso das diferentes estratégias utilizadas durante a intervenção psicoterapêutica.

O estudo foi aplicado em situações relacionadas com Perturbações de Ansiedade, Depressão, Perturbações Alimentares da Ingestão – Anorexia Nervosa e Perturbação da Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, com intervenção no âmbito de diferentes modelos terapêuticos e/ou terapêutica medicamentosa. A recolha de dados ocorreu com o recurso a uma entrevista semiestruturada, administrada pela investigadora. O estudo foi desenvolvido com base numa amostra aleatória de 33 participantes que responderam à solicitação de participação divulgada em diferentes plataformas eletrónicas. O conteúdo foi sujeito a análise temática.

Na avaliação do seu processo terapêutico 100% dos participantes consideraram que o profissional /terapeuta com determinadas qualidades profissionais e pessoais foi o aspeto mais relevante na promoção do sucesso da intervenção terapêutica (Beutler et al., 2016; Chow et al., 2015; Constantino et al., 2012; Lambert & Shimokawa, 2011). No que se refere ao cliente, os participantes referiram o desejo de melhorar/não causar sofrimento a familiares (motivação para a mudança) e a disponibilidade de suporte social/ emocional como os aspetos mais relevantes para procurar ajuda e permanecer no processo terapêutico. (Anderson et al., 2016; Lambert & Cattani, 2012; Timulak & Keogh, 2017). Como maiores obstáculos no processo terapêutico os Ps referiram a dificuldade do cliente em aceitar a sua condição de pessoa com PM, confiar nas suas capacidades de recuperação (autoestima) e a vivência de múltiplos eventos de vida adversos (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017). Os Participantes indicaram o estigma associado à PM e a falta de discussão pública destas temáticas (Clement et al., 2021; Niedzwiedz, 2019; Nicolas Rüscher et al., 2012) assim como respostas insuficientes ou inadequadas dos serviços/ profissionais de saúde, obstáculos também relevantes. Abordamos reflexões e propostas de intervenção na conclusão do trabalho.

Palavras Chave: Autoperceção; Estudo Qualitativo; Ansiedade, Depressão, Anorexia Nervosa; Perturbação da Ingestão alimentar Evitante/Restritiva (PIAER)

ABSTRAT

Mental Disorders (MD) are the most common type of health problems both in Europe and in Portugal (DGS et al., 2017; WHO, 2018). Despite the above, they continue to be the health area with more situations without diagnosis and late intervention. Scientific research demonstrates the incidence and severity of the suffering caused by the experience of a MD. However, it also warns us to the levels of abandonment of the therapeutic processes that could alleviate this suffering and allow the recovery of the quality of life of the people involved (Giel et al., 2021; Hauber et al., 2020; Swift & Greenberg, 2012). The objective of this work is to analyze what, from the patient's point of view, really impacts on their process of adherence, maintenance and change in the different therapeutic proposals, in order to adapt the intervention to their needs and specificities. It is also intended to understand, according to the patient perception, what influences the individual's actions in the therapeutic process, increasing, or not, the impact and success of the different strategies used during the psychotherapeutic intervention.

The study was applied in situations related to Anxiety Disorders, Depression and Eating Disorders – Anorexia Nervosa and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, with intervention within the scope of different therapeutic models and/or drug therapy. Data collection took place using a semi-structured interview, administered by the researcher. The study was developed based on a random sample of 33 participants who responded to the request for participation published on different electronic platforms. The content was subject to thematic analysis.

In the evaluation of their therapeutic process, 100% of the participants considered that the professional/therapist with certain professional and personal qualities was the most relevant aspect in promoting the success of the therapeutic intervention (Beutler et al., 2016; Chow et al., 2015; Constantino et al., 2012; Lambert & Shimokawa, 2011). Regarding the client, participants mentioned the desire to improve/not cause suffering to family members (motivation for change) and the availability of social/emotional support as the most relevant aspects to seek help and maintenance in the therapeutic process. (Anderson et al., 2016; Lambert & Cattani, 2012; Timulak & Keogh, 2017). As major obstacles in the therapeutic process, the Ps mentioned the client's difficulty in accepting their condition as a person with MD, trusting their recovery abilities (self-esteem) and experiencing multiple adverse life events (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017). Participants indicated the stigma associated with MD and the lack of public discussion of these issues (Clement et al., 2021; Niedzwiedz, 2019; Nicolas Rüsçh et al., 2012) as well as insufficient or inadequate responses from health services/professionals, obstacles also relevant. We approach reflections and intervention proposals at the conclusion of the work.

Keywords: Self-perception; Qualitative Study; Anxiety, Depression, Anorexia Nervosa; Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

RESUME EN GALEGO

A dinámica das sociedades contemporáneas non ten sido capaz de aplicar estratexias e respostas eficaces para a promoción da Saúde Mental (SM) o que resulta nun aumento das situacións de Perturbación Mental (World Health Organization [WHO] 2017) A nivel mundial as perturbacións mentais son neste momento responsábeis do maior número de situacións de incapacidade, cun impacto directo na perda de anos de calidade de vida e gravames financeiros engadidos para os individuos e países (Perelman et al., 2018; Vos et al., 2017).

Segundo os datos da World Health Organization (2019) a nivel mundial cerca de 20% dos nenos e adolescentes teñen un problema de SM, de tal forma grave que na franxa de idade dos 15 aos 29 anos, o suicidio xorde como a segunda causa de morte para esta poboación. As alteracións ao nivel da SM ten un impacto negativo significativo en todas as áreas da vida dos individuos, diminuindo o seu desempeño a nivel escolar e/ou profesional, condicionando a calidade das súas relacións familiares e de amizade e limitando a súa capacidade de participación activa na súa comunidade (WHO, 2019) As Perturbacións Mentais (PM) son transversais a todos os pobos, etnias, rexións, sociedades e relixións. Estímase que entre 2005 e 2015, a incidencia de PM en Europa subiu cerca de 16%, prevéndose que este aumento continúe os próximos anos(WHO, 2017).

No espazo europeo as PM máis frecuentes son a perturbacións de ansiedade e depresivas con valores que ascenden a 5,1% da poboación europea (cerca de 44,3 millóns de persoas) para a ansiedade e valores de cerca de 4,3% (que corresponden a 37,3 millóns de persoas) para a depresión, sendo as mulleres as máis afectadas por este tipo de perturbacións (WHO, 2018).

A World Health Organization (2018, 2019) tamén nos alerta sobre o feito de que as persoas con PM, teñen unha esperanza media de vida menor de cerca de 20 anos que as persoas sen PM, debido a mortes precoces como resultado de comorbidades e outros problemas de saúde ou suicidio.

Ademais do impacto sentido na saúde, os diferentes estudos comprobamos que a vivencia dunha PM frecuentemente ten implicacións económicas para as familias e individuos, feito tamén referido polos participantes do noso estudo. Este impacto económico resulta de varios factores, por un lado o custo efectivo do tratamento, que no noso país é considerábel, dadas as limitacións na capacidade de resposta dos servizos públicos a este tipo de intervención (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Murcho et al., 2016; Perelman et al., 2018). Por outro lado, o impacto económico é tamén sentido debido ao impacto negativo da PM na capacidade das persoas para traballar, encontrar emprego, progresar na carreira, etc...tornando estes individuos máis susceptíbeis a situacións de desemprego ou emprego precario (Dewa & McDaid, 2011; Hilton et al., 2010; WHO, 2018).

A pesar de ser recoñecido o impacto negativo das PM na capacidade funcional dos individuos e consecuentemente nas dinámicas sociais e comunitarias, a dificultade para abordar o asunto debido a prexuízos e descoñecemento reforza e perpetúa a dificultade de, por un lado, aplicar medidas de promoción da SM, e por outro lado, desenvolver estratexias para previr e facilitar o acceso a información e tratamento das PM (Gaebel et al., 2017; Rössler, 2016; Schomerus et al., 2012).

A vivencia de calquera tipo de PM implica sufrimento decorrente dos síntomas que caracterizan a perturbación e que frecuentemente son de varias formas limitadores da capacidade da persoa

de realizar ou gozar das actividades comúns do cotián. Ademais destas dificultades, regularmente as persoas con PM teñen tamén que lidar co estigma asociado a este tema e que resulta nun engadido de distintas formas de sufrimento igualmente difíciles de soportar (Corrigan & Bink, 2016; Schomerus et al., 2012).

Esta percepción das persoas con PM, frecuentemente reforzada polos medios de comunicación social, ten consecuencias a todos os niveis na vida dos individuos. Se cadra, porque se cre que son perigosas, violentas e imprevisíbeis, ou incapaces, sen forza de vontade ou motivación, con algunha regularidade estas crenzas resultan en comportamentos de evitación, afastamento do contacto con persoas con PM, o que limita o seu acceso a recursos, oportunidades (de emprego/formación) e apoio social fundamental na súa recuperación. Simultaneamente é intensificado o sentimento de vergoña, culpa, illamento social, desvalorizadas as súas ideas, capacidades e necesidades, o que reforza as circunstancias de mantemento e agravamento da maioría das perturbacións (Bharadwaj et al., 2015; Mak et al., 2007; Overton & Medina, 2008).

Os datos de varios estudos indican que o prexuízo en relación á persoa con PM, afecta o comportamento da sociedade en xeral, mais tamén dos profesionais que interveñen nesta área, que, nalgúns estudos, revelaron expectativas máis negativas canto a capacidade dos pacientes de ser colaboradores ou capaces de investir no seu propio proceso terapéutico, o que volve aínda máis fráxil e vulnerábel a situación desta poboación (Corrigan & Bink, 2016; Overton & Medina, 2008).

Os datos da investigación científica demostran igualmente que, debido ao estigma e discriminación, un número elevado de persoas con PM, optan por non dar continuidade ao seu proceso terapéutico, considerando as experiencias negativas anteriores. Os estereotipos en relación á PM, non só teñen implicacións no decorrer da vivencia da PM, como son un factor cun peso significativo no retardar e na dificultade de pedir axuda cando xorden os primeiros síntomas de PM, o que, na maioría das situacións, impide unha intervención precoz que potenciaría resultados máis rápidos e máis positivos (Ahmedani, 2011; Bharadwaj et al., 2015; Corrigan et al., 2014; WHO, 2021b)

As accións desenvolvidas co obxectivo de promover a SM e diminuír o impacto da PM, teñen que ser concertadas, tendo en conta as especificidades das distintas abordaxes, con vista á implementación de estratexias que promovan o desenvolvemento de expectativas e construción de crenzas positivas en relación as persoas con PM. Esta percepción máis positiva en relación ás súas competencias, capacidades e posibilidades, permite á comunidade, aos profesionais e aos propios, ver as persoas con PM como máis que a súa PM, capacitándoos para a asumir como unha parte de si mesmos, pero sen permitir que se tornen o seu todo (Boyd Ritsher et al., 2003; Fresán et al., 2018; Michaels et al., 2012; Nicolas Rüsç & Kösters, 2021).

Esta percepción positiva modela a súa concepción de si como persoa capaz de ser un socio activo, con competencias para reflectir, facer propostas e escollas en relación ao seu propio proceso terapéutico; como persoa con capacidade de autonomía e decisión nas cuestións do seu cotián e como persoa con posibilidade de recuperar e/ou estabilizar de forma que reúna condicións de participación plena e produtiva na súa comunidade (Ahmedani, 2011; Corrigan & Bink, 2016; Corrigan & Rao, 2012; Michaels et al., 2012).

No que se refire a Portugal este xorde como un dos países europeos con maior prevalencia de persoas con perturbacións mentais. Os datos publicados pola Dirección Geral de Saúde no informe “Programa Nacional para a Saúde Mental -2017 indican que 21% da poboación portuguesa sofre dalgún tipo de perturbación da ansiedade, mentres 17% sofren de depresión (DGS et al., 2017). De acordo co mesmo informe é posíbel observar unha tendencia anual de crecemento na incidencia destas perturbacións con propensión a se agravaren ao longo da vida

(22.9% na ansiedade e 42.7% na depresión) o que coloca Portugal como o segundo país de Europa con valores máis elevados no que refire incidencia de perturbacións de ansiedade e depresión na poboación (Chyczij et al., 2020; Perelman et al., 2018).

Por outro lado, no que se refire á anorexia nerviosa, en Portugal este é tamén un dos disturbios alimenticios cun aumento significativos de casos nos últimos anos, sendo responsábel de 4.485 hospitalizacións entre 2000 e 2014, nos servizos de saúde públicos portugueses (Cruz et al., 2018).

A investigación científica demostra a incidencia e gravidade do sufrimento causado pola vivencia dunha perturbación mental, no entanto, alerta tamén para os niveis de abandono dos procesos terapéuticos que poderían minorar o sufrimento e permitir recuperar calidade de vida das persoas envolvidas (Giel et al., 2021; Hauber et al., 2020; Swift & Greenberg, 2012).

A capacidade de resposta dos servizos públicos de saúde ás necesidades de apoio e acompañamento das poboacións e dispoñibilidade de respostas ao nivel dos coidados de saúde mental están distantes das necesidades sentidas no noso país, aínda que existan neste momento iniciativas e orientacións internacionais para tentar cubrir esa necesidade (Conselho Nacional de Saúde, 2019). No entanto, parécenos igualmente importante entender o que motiva as persoas a procurar axuda, o que contribúe para que desistan, ou se manteñan e envolvan no proceso terapéutico, permitindo así aos técnicos desenvolver estratexias que faciliten a súa retención, potenciando a recuperación e participación plena dos individuos na sociedade.

Na Meta-Análise desenvolvida por Swift e Greenberg (2012) os autores indagaron que cerca de 20% das persoas que procuran axuda, desisten do proceso terapéutico antes da súa conclusión.

Neste estudo verificouse que os índices de abandono do proceso terapéutico non presentaban diferenzas significativas nos varios modelos terapéuticos ou distintos formatos da intervención. O estudo demostrou, no entanto, diferenzas relevantes, con índices de abandono máis elevados nas situacións en que as intervencións non eran limitadas no tempo, non tiñan protocolo de intervención con base en evidencias e decorrían en clínicas públicas/pedagóxicas en que os bolseiros eran responsábeis da intervención (American Psychological Association, 2006; Swift & Greenberg, 2012).

Considerando os valores elevados de incidencia de perturbacións mentais na poboación portuguesa, as taxas, tamén elevadas, de abandono do proceso terapéutico, a ausencia de datos en Portugal da experiencia dos doentes en terapia e o que a conxugación deses factores pode implicar no funcionamento dos individuos e até do país, urxen propostas de intervención concertadas capaces de dar/promover/potenciar respostas ás fragilidades identificadas.

Pospúxose o desenvolvemento dun proxecto de investigación co obxectivo de entender como cada individuo percibe o seu propio proceso/percorrido terapéutico, o que o motivou a procurar axuda, a manterse no proceso terapéutico e a cumprir, ou non, coas tarefas/exercicio propostos. Preténdese tamén entender, o que, de acordo coa percepción dos mesmos, influencia a acción dos individuos no decorrer do proceso terapéutico, aumentando, ou non, o impacto e o éxito das distintas estratexias utilizadas durante a intervención psicoterapéutica

Considerando a elevada incidencia de perturbacións de ansiedade e depresión na poboación portuguesa, consideramos ser útil a recolla de información neses dous tipos de perturbacións. Simultaneamente pareceunos relevante entender se noutro tipo de perturbacións obteríamos resultados significativamente distintos ou semellantes. As perturbacións alimenticias están incluídas no grupos das perturbacións con maior probabilidade de abandono do proceso terapéutico (Gersh et al., 2017; Vincenzo et al., 2021), polo que a posibilidade de afondar o coñecemento nesta área, tendo en conta a perspectiva de quen vive esta realidade, parécenos ser tamén relevante, motivo polo cal incluimos as perturbacións alimenticias neste estudo.

Con este proxecto preténdese entender como cada individuo percibe o seu propio proceso/percorrido terapéutico, o que o motivou a procurar axuda, a manterse no proceso terapéutico e cumprir as tarefas/exercicio propostos. Preténdese entender, de acordo coa percepción dos mesmos, o que influencia a acción dos individuos no proceso terapéutico, aumentando, ou non, o impacto e o éxito das distintas estratexias utilizadas durante a intervención psicoterapéutica. O estudo será aplicado en situacións relacionadas coa anorexia nerviosa, perturbación da inxestión alimenticia evitante/restritiva, perturbacións de ansiedade e depresión en individuos que estiveron ou están en procesos de intervención terapéutica.

Recorremos á Análise Temática para análise dos datos do estudo, atendendo a que este método permite unha análise interpretativa de datos que se organizan con base na identificación, análise e descrición de padróns ou temas que xorden da interpretación e lectura comprensiva da información (Clarke & Braun, 2017; Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Maguire & Delahunt, 2017).

Esta metodoloxía considera as vivencias e experiencia individual dos participantes e as motivacións subxacentes ás súas accións ao permitir unha abordaxe teórica flexíbel na análise cualitativa dos datos (Clarke & Braun, 2017; Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Maguire & Delahunt, 2017).

No noso estudo, como técnica de recolla de datos eliximos a entrevista semiestruturada con preguntas abertas. O guión de entrevista foi adaptado con base no modelo proposto por MacAdms (2008) e a adaptación deste modelo de Neiva (2015). As 5 partes en que se divide o guión permiten unha recolla máis organizada da información. Os primeiros 2 ítems inclúen a presentación do proxecto, información sociodemográfica e historia de vida do participante. O terceiro e cuarto céntranse na percepción do impacto da vivencia das perturbacións mentais e nas estratexias a que recorreron para lidar coa situación. O último ítem céntrase na percepción dos resultados e factores promotores de mudanza. A entrevista foi suxeita a unha pre-proba, realizada cun individuo cos mesmos criterios que os participantes, co obxectivo de entender a adecuación das preguntas, se as cuestións eran facilmente comprendidas, se suscitaban dúbidas ou eran difíciles de responder. Non foi necesario proceder a alteracións (Alea, 2017; McAdams, 2001, 2018).

Os estudos cualitativos permiten un coñecemento máis profundo dos fenómenos, pois fundaméntanse na percepción dos propios individuos en relación ás vivencias experimentadas. (Godoy, 1995; Hauschild et al., 2009; Leonidas & Santos, 2017; Maguire & Delahunt, 2017). Neste sentido o criterio para selección dos participantes foi a súa experiencia ou pasaxe por un proceso terapéutico e a información que poden facultar sobre o fenómeno a estudar (Hutchinson et al., 2018; Kadam et al., 2001; Sibeoni et al., 2020; Woodgate et al., 2021). Defíníronse como criterios de inclusión dos participantes para constitución da mostra ter máis de 18 anos de idade, ter un diagnóstico clínico de perturbación de ansiedade, depresión, anorexia nerviosa, perturbación da inxestión alimenticia evitante/restritiva e estar a ser ou ter sido albo de intervención clínica/terapéutica.

Datos corroborados por distintos estudos estiman que a PM ocorre con frecuencia na adolescencia no entanto, un número elevado de mozos con inicio precoz de PM, raramente reciben ou procuran axuda antes da idade adulta (Craske et al., 2017; Fullana et al., 2020; Gorwood et al., 2016; Kessler et al., 2009; Park et al., 2019).

Os resultados do noso estudo revelaron que 75% dos participantes son provenientes de ambientes familiares desestruturados, con exposición a situacións de violencia ou ausencia dun dos proxenitores. 75% dos participantes tiñan familiares próximos con PM e foron expostos a múltiples eventos de vida adversos. Como evidenciado por outros estudos, esta combinación de factores de risco parece potenciar o inicio precoz da PM (Caridade et al., 2018; Fullana

et al., 2020; Holt et al., 2008; Miloyan et al., 2018; Mueller & Tronick, 2019; Wille et al., 2008a).

Os síntomas de PM manifestáronse entre os 13/15 anos en 63% dos participantes (Ps) do noso estudo, que, no entanto, só procuraron axuda sendo adultos. 100% dos Ps referiron ter presenciado en varias situacións, reaccións negativas, de discriminación, desvalorización e falta de respecto en relación a persoas con PM o que condicionou a súa percepción de si mesmo e do outro e a súa motivación para pedir axuda (Corrigan et al., 2014; Rössler, 2016; Schomerus et al., 2012).

Os participantes referiron o desexo de mellorar (motivación para a mudanza) e a dispoñibilidade de soporte social/ emocional, como os factores que os motivaron a procurar axuda e a permanecer no proceso terapéutico. Consideraron eses os aspectos relevantes inherentes ao cliente para o éxito do proceso terapéutico (Anderson et al., 2016; Lambert & Cattani, 2012; Timulak & Keogh, 2017).

Na avaliación do seu proceso terapéutico 100% dos participantes consideraron que o profesional / terapeuta con determinadas calidades profesionais e persoais foi o aspecto máis relevante para determinar as posibilidades de éxito da intervención. (Beutler et al., 2016; Chow et al., 2015; Constantino et al., 2012; Lambert & Shimokawa, 2011).

Dos datos recollidos, indagamos que, á semellanza do concluído por outros investigadores, as cuestións relacionadas coa saúde mental non son abordadas, discutidas de forma saudábel e inclusiva nas comunidades ou ambiente escolar, resultando que a maior parte das persoas/mozos que se debaten con problemas de saúde mental acaban por vivir situacións de discriminación (Chisholm et al., 2016; Clement et al., 2021; Fresán et al., 2018; Koike et al., 2018; Nicolas Rüsç et al., 2012).

A pesar do recoñecemento das entidades públicas da necesidade urxente de implementación de medidas estratéxicas nacionais de combate á discriminación e promoción da saúde mental, na realidade, a excepción dalgunhas medidas puntuais e locais, non ocorreron alteracións significativas neste sentido nos últimos anos en Portugal (Conselho Nacional de Saúde, 2019; DGS et al., 2017).

A investigación xa desenvolvida neste campo de estudo demostrou que medidas simples como falar abertamente e con regularidade sobre o tema, psicoeducación sobre saúde mental e principais características das distintas PM e promover momentos de contacto con persoas con PM, ten resultados bastante eficaces no combate á discriminación sen implicar custos demasiado elevados. Algo que podería ser facilmente aplicado no noso país (Alexander & Link, 2003; Chisholm et al., 2016; Fang et al., 2021; Ran et al., 2021; Roberts et al., 2007; Nicolas Rüsç & Kösters, 2021).

Importa aínda referir que outra dificultade con que teñen que lidar as persoas con PM é a dificultade no acceso a intervención terapéutica cualificada. O servizo nacional de saúde non ten capacidade de resposta para as necesidades da poboación. Considerando o aumento constante de situacións é cada vez máis urxente encontrar respostas máis adecuadas, que aseguren a todos acceso a tratamento que lles garantan o mínimo de calidade de vida. Os participantes do noso estudo tiveron acompañamento no ámbito de consultas privadas.

A práctica profesional presenta cada vez máis desafíos tendo en conta, por un lado, a complexidade das situacións que derivan do sufrimento experimentado polos individuos con perturbación mental; e por outro lado, o ritmo acelerado en que todos vivimos que limitan a capacidade e dispoñibilidade das persoas para estar, para investir, para traballar e principalmente para esperar. Esta forma de vivirmos require dos profesionais un esforzo aínda maior, no sentido de se manteren actualizados, de adestraren as súas habilidades e competencias de forma que respondan adecuadamente a quen ás veces con moito esforzo

consegue pedir axuda. A palabra adecuada ten orixe no latín “adaequo, - are, que significa tornar igual....

Modificar ou modificarse para determinado uso o que estaba feito para outro uso “(*Adequada - Dicionário Online Priberam de Português*, n.d.). Como terapeutas ese debe ser un dos principios orientadores da nosa intervención, tornar igual, no sentido de empoderar, emancipar, respectar. Ofrecer o que temos, coñecemento clínico, a nosa experiencia e presenza, para que o outro poida encontrar as súas respostas, no seu ritmo, o seu tempo, de acordo co que vai ao encontro das súas necesidades.

A realización dun proxecto de investigación é moi semellante á construción dunha casa, cando termina era o momento certo para comezar, porque é cando entendemos o que debería ser feito de forma diferente. Este proxecto deparou-se con limitacións relevantes en diversos aspectos. A dimensión da mostra deste estudo é reducida polo que non posibilita xeneralizacións. O deseño do proxecto foi grazas a reformulacións debido ao contexto pandémico que impediu a súa aplicación en contexto hospitalario que posibilitaría obter información máis detallada en relación aos participantes e maior interacción con outros técnicos que integrasen diferentes perspectivas no traballo. Aínda neste sentido, as continuas restricións á mobilidade decorrentes do impacto da pandemia COVID xurdiron tamén como un factor que limitou o acceso de máis pacientes. No entanto, o obxectivo principal deste estudo era obter coñecemento que permitise aos profesionais reflectir sobre a súa práctica e adecuar a intervención ás necesidades e preocupacións dos clientes. Consideramos que a pesar das limitacións do estudo, os resultados obtidos son relevantes para o obxectivo proposto.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho resulta de 3 anos de investigação no âmbito da intervenção clínica em psicoterapia. Foi desenvolvido com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os diferentes aspetos que concorrem para a promoção, ou declínio, da saúde mental dos indivíduos e a sua relação com a intervenção psicoterapêutica.

Intervir, do latim *intervenio*, -ire, significa, colocar-se entre, ou tomar parte em, participar (*Intervir - Dicionário Online Priberam de Português*, n.d.). Tendo em conta o significado da palavra, a intervenção psicoterapêutica intenta **colocar-se entre** o cliente e os processos internos subjetivos da interpretação da realidade, os eventos, dinâmicas e/ou interações causadoras de sofrimento. **Tomar parte, participar**, no processo de descoberta, construção, reforço ou dinamização das competências, forças, estruturas internas da pessoa, potenciadoras de uma existência pautada por menor sofrimento, maior capacidade de gerir, regular, compreender e adequar os seus pensamentos, sentimentos e ações, com consequente impacto positivo na sua qualidade de vida.

Intervir, participar neste processo implica conhecer os conceitos que pretendemos trabalhar, a realidade em que nos inserimos, as particularidades potenciadoras de bem-estar ou sofrimento dos sujeitos envolvidos, para que a intervenção possa alcançar os objetivos propostos.

Neste sentido a estrutura do trabalho foi desenhada contemplando a integração sequencial dos assuntos, no sentido de facilitar a leitura e compreensão da relação entre os diferentes aspetos abordados.

1.1. SAÚDE MENTAL

A saúde mental (SM) corresponde a uma condição geral de bem-estar dos indivíduos, que lhes permite o reconhecimento de competências e recursos que detêm. Este reconhecimento capacita-os para a gestão dos desafios e eventos adversos comuns na interação humana. Desta forma a pessoa torna-se capaz de participar e contribuir positivamente para a comunidade, através do seu trabalho, ideias e interações nas diferentes esferas da vida social (Fusar-Poli et al., 2020; Galderisi et al., 2015; Sequeira et al., 2020; WHO, 2006).

De forma complementar e potenciadora da saúde física (SF), a SM é essencial para a perceção de bem-estar e bom funcionamento dos indivíduos. A SM é promovida ou fragilizada no percurso de vida de cada pessoa pela influência de fatores genéticos, biopsicossociais e ambientais (Logothetis, 2008; Manwell et al., 2015; Ohrnberger et al., 2017).

A Saúde Mental Positiva (SMP), boa saúde mental ou bem-estar consiste na capacidade de estar bem consigo mesmo e de se sentir confortável com quem se é. Esta capacidade permite entender e gerir as próprias emoções com o sentimento de autoconfiança na sua habilidade para lidar com os desafios atuais e futuros (Bonhauser et al., 2005; Fusar-Poli et al., 2020; Layous et al., 2014). Implica competência para interagir de forma positiva com os outros, ser capaz de se adequar a diferentes situações de forma ativa e produtiva. Reflete um sentimento de satisfação com a vida que resulta da frequência de experiência de sentimentos positivos (Coverdale & Long, 2015; Valente et al., 2018).

A promoção da SM ou a SMP, é descrita pela World Health Organization (2004) como um direito humano básico, fundamental na melhoria do desenvolvimento social e económico das populações. Neste sentido, a SM constitui um recurso ou um valor que deveria estar acessível a todos (Castillo et al., 2019; Kobau et al., 2011). Promover a SM tem como objetivo implementar ações que possam influenciar os determinantes da saúde mental. Desta forma é

possível diminuir as desigualdades e potenciar vivências com níveis mais equitativos de qualidade de vida dos habitantes dos diferentes países do mundo (WHO, 2004b, 2019).

Neste sentido, importa que a promoção da SM, assente em modelos de intervenção que incentivem o desenvolvimento dos recursos comunitários e simultaneamente as competências individuais, recursos e forças psicológicas dos indivíduos. A intervenção e aplicação de estratégias promotoras do bem-estar mental global contribui para a progressiva melhoria na qualidade de vida das pessoas e comunidades. Estes modelos, para serem eficazes, devem prever a inclusão dos elementos da população a vários níveis. Devem incluir, de forma preventiva os elementos que não estão em risco, a integração/orientação para respostas específicas dos indivíduos que estão em maior risco e salvaguardar o acompanhamento das pessoas que estão em sofrimento ou em recuperação de problemas de SM (Castillo et al., 2019; Kobau et al., 2011; Salazar de Pablo et al., 2020).

A implementação de atividades de promoção da SM, para alcançar os objetivos propostos, requer a acessibilidade de todas as pessoas às condições individuais, sociais e ambientais potenciadoras de desenvolvimento psicológico e psicofisiológico criadas pelos diferentes órgãos e entidades. Esta possibilidade de acesso global aos recursos criados é que viabiliza a melhoria efetiva da qualidade de vida das diferentes populações. É também o que estimula a redução das diferenças nas expectativas de saúde entre países e grupos. Este é um processo gradual, que potencia a obtenção de resultados positivos também ao nível da prevenção da perturbação mental (PM), como consequência natural ao melhorar a SMP (WHO, 2004a, 2004b, 2019).

A investigação científica tem desenvolvido estudos e projetos para a compreensão e intervenção no âmbito da promoção da SMP. Os resultados obtidos realçam a importância que os fatores determinantes da SM podem ter na sua promoção ou declínio. Estes fatores ou domínios, referem-se a aspetos transversais às populações e às condições em que vivem, que impactam significativamente a sua SM. Estes fatores, que incluem o domínio demográfico, económico, habitacional, ambiental e social/cultural, constituem fatores de risco ou proteção para a SM (Allen et al., 2014; Lund et al., 2018; Oliva et al., 2021).

Importa referir que o impacto que ações orientadas para o desenvolvimento de competências e recursos a nível individual podem ter neste sentido, apresentam também resultados bastante positivos. As intervenções concertadas ou integradas promovem melhores resultados, com as vantagens adicionais do impacto que agir nesta área (a nível individual ou global) pode ter na prevenção e recuperação das situações de perturbação mental (Coverdale & Long, 2015; Fusar-Poli et al., 2020; Layous et al., 2014; Valente et al., 2018; WHO, 2004a).

Fusar-Poli et al. (2020) tentaram operacionalizar um conjunto de aspetos relevantes para a promoção da SMP. Incluíram as diferentes dimensões e competências em que é pertinente atuar para sua construção e desenvolvimento num modelo para a intervenção com jovens. Os itens que nomearam parecem-nos relevantes em qualquer fase da vida considerando as vantagens da sua utilização na prática clínica.

A Literacia em Saúde Mental – Propõe munir os indivíduos de recursos que lhes permitam entender o seu estado de saúde e as causas multifatoriais de que resultam. Este acesso a informação e formação promove melhoria das condições de saúde do indivíduo, assim como a sua autonomia e capacidade de intervir socialmente nesta área. Este progresso advém do conhecimento de que passam a dispor, não só das questões específicas relativas ao tema, mas também, em relação aos recursos locais disponíveis e formas de aceder eles (Furnham & Swami, 2018; Fusar-Poli et al., 2020; G. Schomerus et al., 2012);

Atitude em Relação às Perturbações Mentais - Consiste em trabalhar a capacidade de refletir sobre a forma como agimos ou reagimos com o outro portador de perturbação mental. Prevê a promoção de atitudes positivas, de compreensão e aceitação, promoção da autoestima e integração social, diminuindo o impacto negativo em quem sofre com perturbação mental, nos seus familiares e cuidadores (Gaebel et al., 2017; G. Schomerus et al., 2012);

Autoperceção, Valores e Crenças – Pretende intervir ao nível do reconhecimento do sistema interno de crenças e valores que cada pessoa constrói e que condiciona a forma como percebe a realidade, os outros e a si próprio. Intervir a este nível promove o autoconhecimento, de si, do seu percurso e influencias. Este conhecimento potencia uma perceção mais adequada da realidade, a reconstrução/recuperação da autoestima e reconhecimento de competências e valor com impacto significativo na saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020; Pinto De Almeida, 2014);

Emoções e Comportamentos – Consiste em promover competências que permitem às pessoas serem capazes de identificar diferentes emoções. Contribui para a consciencialização de como os diferentes estados afetivos variam de acordo com a situação ou o que cada pessoa experiencia. Promove a compreensão de como os comportamentos são uma forma de resposta física a necessidades, cognições e estados emocionais. Capacita o recurso a estratégias que permitam a regulação e adaptação (emocional e comportamental) o que resulta em interações mais adaptativas e promotoras de saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020; Hutchinson et al., 2018);

Estratégias de Autogestão e Competências Sociais – Pretende promover a capacidade de usar conhecimentos e competências para responder de forma eficaz às solicitações, desafios e oportunidades diárias. Fomenta a resiliência, a autonomia e a autoconfiança. Trabalhar estratégias facilitadoras do uso de aspetos da comunicação e interação social para iniciar, promover ou manter relacionamentos sociais satisfatórios. Por oposição aos efeitos negativos do isolamento social na saúde mental, a interação social positiva promove sentimentos de competência e conexão promotores da saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020; Salazar de Pablo et al., 2020);

Família e Relacionamentos Significativos – Propõe intervir ao nível da dinâmica familiar, no reconhecimento e melhoria de padrões disfuncionais de comunicação/interação. Potencia a capacidade de estabelecer relacionamentos mais positivos, dada a dimensão afetiva da dinâmica familiar e o modo como interfere na construção da nossa autoperceção e consequentemente SM (Fusar-Poli et al., 2020; WHO, 2004a);

Saúde Física e Sexual – Pretende desafiar o conhecimento do corpo e mente. Refletir sobre como são interdependentes e interinfluenciáveis, pelo que o bem-estar de um tem implicação diretas no bem-estar do outro. A atividade física, alimentação, sono, cuidados de saúde, autocuidado, afetos, crenças e vivencias em relação à sexualidade e demais comportamentos implicam alterações promotoras de bem-estar (ou mal-estar) aos diferentes níveis (físico, mental, emocional e social) com base em experiências prévias positivas (ou negativas) com impacto significativo ao nível da saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020; Hogben et al., 2015; Ohrnberger et al., 2017);

Sentido e Qualidade de Vida – Promover a reflexão sobre a importância atribuída à espiritualidade, religião, sentido ou significado atribuído à vida e aos seus eventos. Como estas dimensões influenciam a experiencição da realidade e avaliação das experiências, interações, oportunidades e acontecimentos diários. De que forma interferem na atribuição das características como felicidade, bem-estar, satisfação e realização entre outros aos/nos diferentes momentos ou situações. A perceção da realidade é condicionada por estes valores e significados que se atribuí a cada momento e que influenciam a forma como se usufruí deles, com impacto significativo na SM (Fusar-Poli et al., 2020; Guerrero-Torrelles et al., 2017; Moreira-Almeida et al., 2006).

1.2. PERTURBAÇÃO MENTAL

Uma perturbação mental (PM) ocorre quando estão reunidos um conjunto de comportamentos e sintomas que revelam alterações indicadoras da presença de uma perturbação clinicamente significativa. Estes comportamentos ou sintomas têm impacto negativo nas competências cognitivas, emocionais ou comportamentais dos indivíduos decorrentes de uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento implícitos ao funcionamento mental. Essa conjugação de comportamentos e sintomas limitam a capacidade da pessoa em realizar as suas atividades regulares causando sofrimento (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th ed.; American Psychiatric Association, 2013).

A dinâmica das sociedades contemporâneas não tem sido capaz de implementar estratégias e respostas eficazes para a promoção da SM o que resulta num aumento das situações de PM (WHO, 2017). A nível mundial as perturbações mentais são neste momento responsáveis pelo maior número de situações de incapacidade. A PM tem um impacto direto na perda de anos de qualidade de vida e encargos financeiros acrescidos para os indivíduos e países a nível mundial (Perelman et al., 2018; Vos et al., 2017).

Segundo os dados da WHO (2019) a nível mundial cerca de 20% das crianças e adolescentes têm um problema de SM. Os problemas de SM são de tal forma graves que dos 15 aos 29 anos, o suicídio surge como a segunda causa de morte para esta população. A alteração ao nível da SM tem um impacto negativo significativo em todas as áreas da vida dos indivíduos. Diminuem o seu desempenho a nível escolar e/ou profissional, condicionam a qualidade das suas relações familiares e de amizade e limitam a sua capacidade de participação ativa na sua comunidade (WHO, 2019).

As PM são transversais a todos os povos, etnias, regiões, sociedades e religiões. Estima-se que entre 2005 e 2015, a incidência de PM na Europa subiu cerca de 16%, prevendo-se que este aumento continue nos próximos anos. Segundo os dados da World Health Organization, (2018) em 2015 cerca de 12% da população da Europa (que corresponde a cerca de 110 milhões de pessoas) sofria de algum tipo de PM. Se incluirmos os valores referentes as PM devido ao uso de substâncias, os números sobem para 15% da população. A inclusão de outro tipo de perturbações (perturbações neurocognitivas e epilepsia) faz os números ascenderem a cerca de 300 milhões de pessoas afetadas por PM, o que corresponde a cerca de 50% da população europeia (WHO, 2018)

No espaço europeu as PMs mais frequentes são as Perturbações de ansiedade e depressivas. Os valores que ascendem a 5,1% da população europeia (cerca de 44,3 milhões de pessoas) para a ansiedade e valores de cerca de 4,3% (que correspondem a 37,3 milhões de pessoas) para a depressão. As mulheres são as mais afetadas por este tipo de perturbações (WHO, 2018).

A World Health Organization (2018, 2019) alerta-nos ainda para o facto que as pessoas com PM, tem uma esperança média de vida menor em cerca de 20 anos do que as pessoas sem PM. Esta diferença resulta de mortes precoces como resultado de comorbidades e outros problemas de saúde ou suicídio. No espaço europeu cerca de 90% dos suicídios estão relacionados com situações de PM, e a prevalência deste tipo de morte atingiu em 2015 o valor de 14.1 por cada 100.000 habitantes. Dos 20 países no mundo com taxas de suicídio mais elevadas, 11 correspondem a países europeus. O suicídio regista maior incidência nos homens, que atingem valores quase cinco vezes mais elevados que as mulheres (Eurostat Statistics Explained, 2020; WHO, 2018).

Para além do impacto sentido na saúde, os diferentes estudos comprovam que a vivência de uma PM frequentemente tem implicações económicas para as famílias e indivíduos, facto também referido pelos participantes do nosso estudo. Este impacto económico resulta de vários fatores. Um deles é o custo efetivo do tratamento, que no nosso país é considerável dadas as

limitações na capacidade de resposta dos serviços públicos a este tipo de intervenção (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Murcho et al., 2016; Perelman et al., 2018). O impacto económico é também sentido devido ao impacto negativo da PM na capacidade das pessoas para trabalhar, encontrar emprego, progredir na carreira, etc...tornando estes indivíduos mais suscetíveis a situações de desemprego ou emprego precário (Dewa & McDaid, 2011; Hilton et al., 2010; WHO, 2018).

Apesar de ser reconhecido o impacto negativo das PM na capacidade funcional dos indivíduos, e consequentemente nas dinâmicas sociais e comunitárias, este é um tema ainda difícil de abordar. Esta dificuldade resulta de preconceitos e desconhecimento que reforçam e perpetuam obstáculos à implementação de medidas de promoção da SM. Esta dificuldade em abordar o tema impede também o desenvolvimento de estratégias de prevenção e facilitação no acesso a informação e tratamento das PM (Gaebel et al., 2017; Rössler, 2016; G. Schomerus et al., 2012).

1.2.1. O Estigma na Perturbação Mental

A vivência de qualquer tipo de PM implica sofrimento decorrente dos sintomas que caracterizam a perturbação. Frequentemente estes sintomas são de várias formas limitadores da capacidade da pessoa de realizar ou usufruir das atividades comuns do quotidiano. Para além destas dificuldades, regularmente as pessoas com PM têm ainda que lidar com o estigma associado a este tema. Lidar com o estigma resulta num acrescimento de diferentes formas de sofrimento igualmente difíceis de suportar (Corrigan & Bink, 2016; G. Schomerus et al., 2012).

O estigma, nas suas distintas variações, incluindo na PM, constrói-se com base num estereótipo, ou seja, um conjunto de representações generalizadas em determinada cultura/sociedade em relação a um grupo de pessoas. Essas representações resultam em crenças, na maioria das vezes pejorativas, com base em informação imprecisa (Michaels et al., 2012; Niedzwiedz, 2019; Rössler, 2016).

Os estereótipos ativam a emissão de um julgamento negativo, rápido e sem outra evidencia que o fundamente a não ser o facto de aquela pessoa possuir características atribuídas a determinado grupo. A existência previa de um sentimento/julgamento negativo em relação a alguém com base num estereótipo é o que se define como preconceito. A discriminação é o comportamento reativo ao sentimento ativado pelo preconceito, que sendo pejorativo, estimula emoções negativas, como medo ou perceção do outro como incapaz. (Ahmedani, 2011; Bharadwaj et al., 2015; Overton & Medina, 2008).

A literatura refere como estereótipos comuns nos situações de perturbação mental, por um lado, a caracterização dos indivíduos como perigosos, violentos e imprevisíveis; e por outro lado, como incapazes e/ou responsáveis pela situação devido a características pessoais, que os tornaram mais suscetíveis à perturbação e menos capazes de recuperar (Alexander & Link, 2003; Corrigan & Bink, 2016).

Esta perceção das pessoas com PM, frequentemente reforçada pelos meios de comunicação social, tem consequências a todos os níveis na vida dos indivíduos. Quer porque se acredite que são perigosas, violentas e imprevisíveis, ou incapazes, sem força de vontade ou motivação, com alguma regularidade estas crenças resultam em comportamentos de evitamento e/ou afastamento do contacto com pessoas com PM. Estes comportamentos limitam o acesso das pessoas com PM a recursos, oportunidades (de emprego/formação) e apoio social fundamental na sua recuperação (Michaels et al., 2012; Rössler, 2016; Rüsç & Kösters, 2021). Simultaneamente é intensificado o sentimento de vergonha, culpa, isolamento social, desvalorizadas as suas ideias, capacidades e necessidades, o que reforça as circunstâncias de manutenção e agravamento da maioria das perturbações (Bharadwaj et al., 2015; Chisholm et al., 2016; Koike et al., 2018).

Os dados de vários estudos indicam que o preconceito em relação à pessoa com PM, afeta o comportamento da sociedade em geral, mas também dos profissionais que intervêm nesta área. Alguns destes profissionais demonstraram expectativas mais negativas quanto a capacidade dos pacientes com PM em ser parceiros ou capazes de investir no seu próprio processo terapêutico. Este tipo de crenças/comportamentos torna ainda mais frágil e vulnerável a situação desta população (Corrigan et al., 2014; Henderson et al., 2014).

A WHO(2017) refere-se ao estigma, palavra que em português significa marca, cicatriz perdurável(*Dicionário Online Priberam de Português*, n.d.), como uma das principais causas de discriminação e exclusão das populações afetadas com PM. Esta entidade reconhece que esta marca socialmente atribuída, impacta a autoperceção das pessoas com PM, que progressivamente se vai tornando mais negativa. Esta percepção negativa fragiliza a sua autoestima (a avaliação que a pessoa faz de si mesma quando ao seu valor) e autoconfiança (a avaliação que a pessoa faz de si quando à sua capacidade ou competência), com impacto negativo na dinâmica das suas relações profissionais, familiares e de amizade. A percepção distorcida de realidade condiciona a capacidade das pessoas com PM de socializar, aceder a oportunidades de emprego e formação (Chisholm et al., 2016; Michaels et al., 2012; Niedzwiedz, 2019).

Esta sequência de eventos e/ou reações, contribui para a perpetuação de um ciclo disfuncional e inibidor de mudança. A pessoa é vista como imprevisível, perigosa ou incapaz, o que impede o reconhecimento das suas competências e capacidades e o seu acesso a recursos e interações sociais positivas (Alexander & Link, 2003; Corrigan & Bink, 2016). O próprio começa a ver-se de forma negativa ao não conseguir ultrapassar as suas limitações, o que contribui para o abandono do processo terapêutico reforçando a crença social no julgamento inicial (Bharadwaj et al., 2015; Clement et al., 2021). Esta dinâmica intensifica os sentimentos de culpa, vergonha, incompetência, isolamento, não aceitação ou compreensão, perpetuando a disfunção (Ahmedani, 2011; Overton & Medina, 2008; Rüsç et al., 2014).

Dados da investigação científica demonstram que, devido ao estigma e discriminação, um número elevado de pessoas com PM, optam por não dar continuidade ao seu processo terapêutico, considerando as experiências negativas anteriores (Tomczyk et al., 2020; Velasco et al., 2020). Os estereótipos em relação à PM, não só têm implicações no decorrer da vivência da PM, como são um fator com um peso significativo no retardar e na dificuldade de pedir ajuda quando surgem os primeiros sintomas. Na maioria das situações, esta dinâmica impede uma intervenção precoce que potenciará resultados mais rápidos e mais positivos (Doll et al., 2021; Schnyder et al., 2017; WHO, 2021b)

Diferentes autores sugerem estratégias de protesto, educativas ou promoção de contacto pessoal para intervir no combate ao estigma enquanto obstáculo na procura de ajuda para a PM. Estes autores reforçam a necessidade de considerar as especificidades das diferentes estratégias e situações, tendo em conta as múltiplas variáveis na dinâmica da sua construção e percepção (Clement et al., 2021; Nohr et al., 2021; Ran et al., 2021).

As estratégias de protesto consistem em movimentos organizados que visam chamar atenção para situações de injustiça ou discriminação, orientadas para a punição dos promotores ou autores de atitudes e/ou comportamentos discriminatórios. Alguns resultados indicam que esta estratégia pode ter efeitos significativamente positivos em determinadas situações. Todavia alguns estudos revelam que também pode resultar num efeito de retroação não intencional, em que não produz qualquer alteração nas atitudes e preconceitos que se pretendiam alterar, podendo até agravar a situação (Corrigan & Bink, 2016; Overton & Medina, 2008; G. Schomerus et al., 2012; WHO, 2021a).

As abordagens educativas recorrem à disponibilização e transmissão de informações corretas relativamente ao tema, que visam a desconstrução de mitos e crenças disfuncionais (Fang et al., 2021; Schnyder et al., 2017; Xu et al., 2018). Este tipo de estratégias é frequentemente usado em sessões de sensibilização, formação, workshops, etc... A sua aplicação ocorre com recurso a materiais escritos, dinâmicas de interação no âmbito das práticas educativas e outras, que visam educar para a inclusão, aceitação e integração. Este tipo de abordagens revela ser eficaz, principalmente na intervenção com jovens (Chisholm et al., 2016; Pearson & Hyde, 2021; Ran et al., 2021)

As estratégias referentes à promoção de contacto pessoal, são consideradas como as mais eficazes pelos diferentes autores na alteração da perceção da pessoa com PM e no preconceito intergrupar. Os estudos evidenciam que o contacto interpessoal com pessoa com PM, principalmente quando este ocorre num contexto de cooperação entre pares, promove a perceção do outro como alguém com preocupações, dificuldades e características comuns às suas. A perceção que partilham mais coisas em comum do que diferenças diminuiu os preconceitos de perigosidade e promove a aproximação social, à medida que o tempo de contacto aumenta (Alexander & Link, 2003; Chisholm et al., 2016; Fang et al., 2021; Henderson et al., 2014). Os resultados referem que mesmo contactos reduzidos através de vídeos com partilha de histórias de pessoas com PM, contribuem para a alteração positiva da perceção do outro. Esta alteração reflete a redução do estigma em relação à pessoa com PM no que se refere a atitudes e comportamentos (Koike et al., 2018).

A produção de material de qualidade nestas temáticas, potenciado pelo desenvolvimento das tecnologias e a facilidade no acesso a estes materiais, simplifica a intervenção nesta área. Muitas destas problemáticas emergem em contexto escolar com aporte de grande sofrimento, devido ao estigma na comunidade escolar e do próprio em relação à PM. Materiais atuais, como o vídeo do Youtube “ The Stigma of Mental Illness” (TED, 2017) da jovem Sam Cohem são um exemplo brilhante e um ótimo recurso principalmente para a intervenção com jovens.

Para além dos desafios do estigma social, um número elevado de pessoas com PM demonstra uma maior vulnerabilidade à internalização destes preconceitos e estereótipos, ou seja situações de autoestigma (Angermeyer et al., 2017; Schomerus et al., 2019; Tomczyk et al., 2020). Esta situação surge da perceção da pessoa da visão negativa que a sociedade tem em relação ao seu problema de saúde e adoção dessas crenças. Essa visão negativa reflete-se na sua autoperceção, ativando pensamentos sobre si que vão de encontro a essa visão da PM, (é perigosa, que não pode confiar em si própria, etc...)(Nohr et al., 2021; Rüsç & Kösters, 2021; Xu et al., 2018). Esta perceção negativa de si, provoca sentimentos de autodiscriminação, resultando em situações de autoisolamento, diminuição da autoestima e autoconfiança na sua capacidade de resolver problemas, de lidar com os desafios da PM ou de recuperar. Com frequência esta situação contribui para agravar a sua situação clínica, quer pela diminuição na procura de respostas dos sistemas de saúde e de apoio social e familiar, quer pelo agravamento dos sintomas decorrentes desta visão negativa persistente, sem boas perspetivas de si ou do seu futuro (Bharadwaj et al., 2015; Corrigan & Rao, 2012; Rüsç et al., 2014). A capacidade das sociedades em promover a saúde mental e intervir de forma eficaz nas situações de PM, está diretamente relacionada com o peso do estigma em relação à PM nessa mesma comunidade e na forma como é sentido pelas pessoas que sofrem de PM (Fresán et al., 2018; Michaels et al., 2012; WHO, 2021b).

As ações desenvolvidas com o objetivo de promover a SM e diminuir o impacto da PM, têm que ser concertadas, tendo em conta as especificidades das diferentes abordagens. Devem convergir com vista à implementação de estratégias que promovam o desenvolvimento de expectativas e construção de crenças positivas em relação as pessoas com PM (Fang et al.,

2021; Ran et al., 2021; Velasco et al., 2020). Esta percepção mais positiva em relação às suas competências, capacidades e possibilidades, permite à comunidade, aos profissionais e aos próprios, ver as pessoas com PM como mais do que a sua PM. Uma percepção social mais positiva capacita as pessoas para assumir a sua PM como uma parte de si, mas sem permitir que se tornem o seu todo (Boyd Ritsher et al., 2003; Niedzwiedz, 2019; Rüscher & Kösters, 2021) Esta percepção positiva modela a sua conceção de si como pessoa capaz de ser um parceiro ativo, com competências para refletir, fazer propostas e escolhas em relação ao seu próprio processo terapêutico; como pessoa com capacidade de autonomia e decisão nas questões do seu quotidiano e como pessoa com possibilidade de recuperar e/ou estabilizar de forma a reunir condições de participação plena e produtiva na sua comunidade (Ahmedani, 2011; Corrigan & Bink, 2016; Corrigan & Rao, 2012; Michaels et al., 2012).

1.3. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

O desenvolvimento das PM, como referido anteriormente, resulta de uma combinação de fatores, identificados na literatura como promotores ou protetores da sua emergência. Os fatores de risco ou proteção tem impacto na SM, podendo determinada combinação favorecer a emergência de PM, enquanto uma combinação diferente pode ter impacto significativo na sua prevenção, manutenção e/ou recuperação (Caridade et al., 2018; Duncan et al., 2021; Oliva et al., 2021; Olives et al., 2013; Wille et al., 2008). Considerando o impacto e influencia dos fatores de risco e proteção na SM e na PM, importa identifica-los e integrar a sua discussão na prática clínica. Os fatores de risco e proteção constituem um recurso fundamental quer ao nível da intervenção psicoterapêutica, quer ao nível do planeamento das políticas de intervenção estratégica (Duncan et al., 2021; Oliva et al., 2021; Pinto et al., 2014).

De uma forma geral, os fatores de risco integram circunstâncias, comportamentos, dinâmicas e características negativas dos indivíduos, famílias e /ou comunidades, que conjugadas resultam numa probabilidade maior de ocorrência de PM, de que esta se agrave e se prolongue enquanto não ocorrerem mudanças nessa conjugação de fatores (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Poletto & Koller, 2008). Paralelamente, os fatores de proteção resultam também de uma combinação de circunstâncias, dinâmicas, comportamentos e características dos indivíduos, famílias e/ou comunidades, mas a sua conjugação contribui para o reforço das competências e recursos pessoais, tornando as pessoas mais resilientes. Esta conjugação de recursos e competências possibilita uma melhor gestão dos desafios e adversidades inerentes à condição humana (Allen et al., 2014; Caridade et al., 2018; Neiva, 2016; Oliva et al., 2021; Wille et al., 2008).

A investigação científica revela que o impacto dos fatores de risco ou proteção não decorre de forma linear, em que a presença de um fator específico resulta numa consequência concreta. A influência destes fatores é mais frequentemente mediada pela idade ou circunstância de vida da pessoa no momento em que são vivenciadas as experiências, pelo número de vezes que estas ocorrem, a sua intensidade e pela quantidade de fatores de risco ou proteção presentes naquele momento ou ao longo do percurso de vida da pessoa (Caridade et al., 2018; Oliva et al., 2021; Olives et al., 2013).

Os fatores de risco e proteção são frequentemente referenciados a três níveis principais englobando questões ambientais, culturais e sociais; questões relacionadas com as dinâmicas e interações familiares, e questões inerentes as características pessoais/ história dos indivíduos. Embora atribuídos a grupos diferentes os fatores de risco e proteção afetam e são afetados uns pelos outros, sendo o resultado desta interação e interinfluência determinante para a promoção da SM ou ativação da PM nos indivíduos (Fullana et al., 2020; Neiva, 2016; Valente et al., 2018; WHO, 2004a).

1.3.1. Determinantes Sociais da Saúde Mental

A saúde mental de cada indivíduo vai sendo construída ao longo do seu percurso de vida, com base nas experiências, interações, relacionamentos e exposição a eventos adversos que cada um vai experienciando. O ambiente social, cultural e económico em que cada pessoa se insere e as condições que lhe são proporcionadas impacta profundamente o seu desenvolvimento, a aquisição de competências e recursos físicos e emocionais de que vai resultar a qualidade da SM de cada um (Allen et al., 2014; Lund et al., 2018; Poletto & Koller, 2008).

Diversos autores denominaram como determinantes sociais da Saúde Mental, fatores, que podem agir como protetores ou de risco em diferentes locais e populações, mas cujo o impacto é de tal forma significativo, que como o nome indica, determinam a qualidade de vida das populações e as suas possibilidades de alcançar níveis saudáveis de bem-estar e SMP (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Lund et al., 2018; WHO, 2004a, 2004b).

Os determinantes sociais da SM incluem 5 domínios ou áreas centrais de atuação, o demográfico, o económico, o habitacional, o ambiental e o social/cultural. Estes domínios ou áreas chave operacionalizam a sua intervenção através de níveis proximais e distais. Os níveis proximais refletem as interações, escolhas e características específicas dos diferentes indivíduos ou famílias, enquanto que os níveis distais assentam em decisões políticas e estratégicas a nível global (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Lund et al., 2018; WHO, 2021c).

A intervenção orientada para a promoção da SM requer ações específicas que considerem estes domínios, tendo em conta o impacto que daí resulta na promoção ou inibição do bem-estar das populações. O domínio demográfico, contempla aspetos como idade, género e etnia. Estes itens estão regularmente na base de ações discriminatórias e promotoras de sofrimento. Afetam principalmente as mulheres, mais sujeitas a comportamentos abusivos, seja pela violência do parceiro, pela agressão sexual de terceiros, pela desigualdade salarial ou pela sobrecarga de tarefas, elas vivem um risco maior de sofrer de situações de PM, como ansiedade e depressão. Os indicadores revelam que os homens assumem mais comportamentos abusivos no consumo de substâncias e suicídio (Allen et al., 2014; Lund et al., 2018; WHO, 2004a).

O domínio económico abarca a capacidade financeira, os recursos económicos disponíveis e o seu impacto na capacidade dos indivíduos em garantir a sua subsistência. A ausência ou insuficiência de rendimentos é um forte condicionante ao bem-estar das populações, ativando sentimentos negativos de incapacidade e insucesso propício ao desenvolvimento de PM. A pobreza estrutural afeta negativamente o desenvolvimento neurológico e a saúde mental das crianças, tornando-as mais vulneráveis a desenvolver PM na idade adulta (Conselho Nacional de Saúde, 2019; M. Silva et al., 2016; WHO, 2004a).

O domínio habitacional, considera aspetos estruturais de base para a vida em sociedade como o acesso a água e saneamento básico, habitação condigna e infraestruturas da comunidade. As condições físicas em que as pessoas vivem refletem-se na sua SM, por uma multiplicidade de fatores, como usufruir de condições básicas de higiene, segurança e acesso a recursos educacionais e oportunidades profissionais (Alegría et al., 2018; Compton & Shim, 2015; Lund et al., 2018).

O domínio ambiental contempla questões mais desestruturantes e altamente prejudiciais à SM, pela sua imprevisibilidade e impotência dos indivíduos na sua resolução. Incluem, entre outros, exposição a violência resultante de conflitos armados, desastres naturais e migração (Allen et al., 2014; Castillo et al., 2019; Lund et al., 2018). O domínio social e cultural integra o acesso a apoio e respostas sociais, à educação e oportunidades de progresso (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Duncan et al., 2021; Silva et al., 2016).

Os determinantes sociais para a saúde mental podem ser protetores, e efetivamente promotores de bem-estar e SMP, quando as sociedades conseguem garantir a satisfação dos diferentes domínios para as suas populações. No entanto, podem também ter o efeito contrário, ou seja, atuarem como fatores de risco, quando existe uma incapacidade dos países ou regiões em responder a estas necessidades de forma adequada (Alegría et al., 2018; Compton & Shim, 2015).

Em países ou contextos comunitários mais vulneráveis, a combinação negativa destes domínios (falta de reconhecimento de direitos essenciais, ausência de recursos económicos para necessidades básicas, condições habitacionais precárias e inseguras, exposição a situações de violência, desastre natural ou deslocamento, inexistência de suporte social, identidade de grupo ou sentimento de pertença) pode mesmo ser determinante na ativação de situações de PM. Estas vivências impactam as diferentes gerações, sendo frequentemente a geração seguinte mais vulnerável a desenvolvimento de PM em adultos pela exposição sistemática a contextos disfuncionais e de privação na infância (Alegría et al., 2018; Campo-Arias & De Mendieta, 2021; Compton & Shim, 2015).

1.3.2. Dinâmicas Familiares e Relacionais

A dinâmica das relações familiares, é o primeiro modelo de interação e socialização a que as crianças acedem. A importância destas interações precoces e o modo como essas experiências são vividas e sentidas na infância, vai influenciar o funcionamento psicológico da pessoa ao longo de todo o seu percurso de vida (Eccles, 2005; Poletto & Koller, 2008). A qualidade das interações, modelos e comportamentos a que a criança foi exposta, vai constituir a sua base de referência para interpretação da realidade, para a sua autoperceção e dinâmica de interação com os outros (Eccles, 2005; Roostin, 2018).

Os efeitos dos múltiplos fatores na promoção ou deterioração da SM das crianças, vai depender em grande medida das competências, interesses e motivações das famílias. As famílias podem ser agentes protetores e promover a SMP e a resiliência dos indivíduos, recorrendo a estratégias parentais positivas, promotoras de autonomia e reforço da autoestima. Podem, no entanto, também contribuir para aumentar o risco de desenvolvimento de PM nos filhos expondo-os a dinâmicas disfuncionais, comportamentos e/ou eventos adversos causadores de sofrimento (Oliva et al., 2021; Poletto & Koller, 2008; Wille et al., 2008).

As interações familiares são pautadas por constantes ajustes e adaptações, que resultam da influência de fatores internos (chegada de um filho, alteração de morada, problemas de saúde, etc..) ou externos à família (conjuntura económica ou política, etc...). As características e dinâmicas relacionais familiares, as suas experiências, história familiar e modelos de parentalidade, o seu estado de saúde físico e emocional e a sua situação económica e social, são aspetos relevantes, que podem ter impacto significativo na capacidade dos seus membros em gerir as situações de forma mais positiva ou adaptativa (Bullock et al., 2021; Holt et al., 2008; Ko et al., 2019). As relações entre pais e filhos, são frequentemente marcadas por elevados níveis de emotividade. A dinâmica das relações pode contribuir para momentos de promoção de afetos positivos e interações sociais recompensadoras, ou resultar em situações de desgaste, stress e descontrolo emocional. Ao ponderar a intervenção importa ter presente as diferentes potencialidades e pontos fortes de cada família. Desta forma é possível orientar a ação para o desenvolvimento de competências dos elementos da família, com vista à construção de um ambiente incentivador, protetor e seguro, que permita o progresso e desenvolvimento saudável dos indivíduos (Coverdale & Long, 2015; Eccles, 2005; Kobau et al., 2011; Skarbø & Balmбра, 2020).

Tabela 1 Fatores de Proteção na Dinâmica Familiar

A vinculação segura da criança com os pais e envolvimento de ambos no exercício da parentalidade
Prestação de cuidados na alimentação, vestuário, segurança, acesso a educação e saúde adequados à idade e necessidades dos filhos
Ambiente familiar estável e tranquilo, com dinâmicas de resolução de conflitos com base no diálogo e negociação assertiva.
Famílias com dinâmicas de relacionamento afetivo, que promovem a expressão livre de sentimentos e pensamentos, que são respeitados e validados
Famílias com objetivos e projetos comuns, com equilíbrio de poder e incentivo à participação dos diferentes membros na resolução de questões referentes à família.
Família com práticas educativas consistentes e congruentes adequadas às necessidades e características dos filhos, promotoras do desenvolvimento das suas capacidades e autonomia.
Famílias que investem no tempo de qualidade com os filhos e participam de atividades lúdicas juntos
Famílias com dinâmicas de interação social positiva, promovendo a diversidade de contatos sociais das crianças e desenvolvimentos de relações de afeto e proximidade com terceiros e outros familiares.
Situação económica e profissional estável dos progenitores

Fonte: (Caridade et al., 2018; Fullana et al., 2020; Pinto et al., 2014; Wille et al., 2008b)

Tabela 2 Fatores de Risco na Dinâmica Familiar

O recurso a qualquer tipo de violência na interação com a criança
Ambiente familiar instável, com presença de situações de conflito e/ou violência doméstica,
A vinculação insegura da criança com os pais e pouco investimento dos progenitores no exercício da parentalidade
Um ou ambos os progenitores com PM
Presença de comportamento de risco da progenitora durante a gravidez
Negligência na prestação de cuidados com alimentação, vestuário, segurança, acesso a educação e saúde adequados à idade e necessidades dos filhos
Famílias com dinâmicas de relacionamento pouco afetivo ou distante, sem espaço ou disponibilidade para expressão de sentimentos e pensamentos
Famílias sem objetivos e projetos comuns, desequilíbrio nas relações de poder e autoritarismo.
Família com práticas educativas inconsistentes e repressivas
Famílias sem disponibilidade de tempo para estar com os filhos
Famílias sem dinâmicas de interação social positiva com terceiros e outros familiares.
Famílias com situações económica e profissional instáveis
Gravidez precoce
Família numerosa / monoparentalidade

Fonte: (Caridade et al., 2018; Fullana et al., 2020; Pinto et al., 2014; Wille et al., 2008b)

1.3.3. Características Individuais e Estratégias de Coping

Como fatores de risco e proteção individuais designam-se aspetos ou critérios inerentes ao indivíduo que podem ser situacionais, emocionais, biológicos, cognitivos, comportamentais ou interpessoais (Poletto & Koller, 2008; Valente et al., 2018; Watson et al., 2019). Cada um destes critérios pode atuar como fator de risco ou proteção dependendo das circunstâncias, interação e interinfluência com os outros de fatores de risco ou proteção. A forma como os diferentes fatores de risco e proteção se articulam varia ao longo do tempo, assim como a sua influência e impacto na SM dos indivíduos. A investigação científica afirma que o seu impacto é mais forte dependendo da fase da vida em que ocorrem, do número de fatores presentes e da intensidade e frequência com que se manifestam (Caridade et al., 2018; Neiva, 2016; Valente et al., 2018; Watson et al., 2019).

Um conjunto de vulnerabilidades individuais, associados a traços de personalidade e exposição a determinados eventos ou situações resultam como fortes ativadores de PM. A investigação científica desenvolvida nesta área realça evidências de associação entre características da personalidade e dinâmicas funcionais que influenciam a probabilidade de ocorrência de PM (Cefai et al., 2021; Lewis & Cardwell, 2020; Nikčević et al., 2021; Zacher & Rudolph, 2021). O neuroticismo/ introversão e baixa autoestima, são neste sentido fatores de risco, dado que estão frequentemente associados a dificuldades na interação social, tendência para comportamentos internalizantes e percepção negativa dos eventos, pelo que indicam maior vulnerabilidade de desenvolvimento de PM (Kaplan et al., 2015; Karsten et al., 2012; Kroencke et al., 2020; Shi et al., 2015; Skorek et al., 2014; Varanarasamma et al., 2019).

Os trabalhos desenvolvidos por alguns autores indicam também o perfeccionismo como um fator de vulnerabilidade ou risco elevado para o desenvolvimento de PM. Esta vulnerabilidade decorre do sofrimento e exigência a que o indivíduo se sujeita/ obriga na busca de determinados ideais que implicam situações repetidas de insucesso dada a impossibilidade de alcançar a perfeição. Esta dinâmica com base na exigência e autocritica constante resulta num impacto negativo significativo na estrutura do sujeito sem competências para lidar com situações de insucesso (Curran & Hill, 2017; Egan et al., 2021; Flett & Hewitt, 2020; Hewitt, 2020; Limburg et al., 2017).

A história, percurso de vida, características e o tipo de eventos adversos a que as pessoas são expostas, surgem também na literatura como fatores de risco quando se conjugam de forma a facilitar a ocorrência de perturbação mental. Eventos adversos como situações de risco de vida, exposição a violência doméstica e abuso sexual estão fortemente documentadas na literatura como altamente potenciadores de múltiplas perturbações mentais (Borges & Dell'aglio, 2020; C. Fisher et al., 2017; Guillaume et al., 2016; Holt et al., 2008; Margolin, 2004; Mueller & Tronick, 2019).

A ocorrência de problemas de saúde físicos ou ativação de um tipo de perturbação mental é também fator de risco para relações de comorbilidade com outras PM e agravamento do estado geral de saúde. Pessoas que na infância se debatem com dificuldades de aprendizagem, perturbação da hiperatividade e défice de atenção, perturbações da comunicação, perturbações da ansiedade ou outro tipo de perturbação são mais vulneráveis de na idade adulta desenvolverem perturbações mentais comórbidas (Guillaume et al., 2016; Oliva et al., 2021; Pinto et al., 2014; Stice et al., 2017).

A conjugação de determinados tipos de fatores de risco pode impactar a SM dos indivíduos de forma significativa, resultando numa diminuição da sua qualidade de vida, e despoletar situações de PM (Fullana et al., 2020; Oh et al., 2020; Pinto et al., 2014; Wille et al., 2008b). O seu impacto pode sentir-se por longos períodos de tempo e até afetar futuras gerações.

Simultaneamente, os indivíduos possuem recursos, competências, características ou oportunidades que resultam como fatores protetores do seu desenvolvimento e saúde mental. A promoção e conjugação de um conjunto de fatores de proteção pode diminuir ou compensar o impacto negativos dos fatores de risco a que os indivíduos foram expostos. Os fatores de proteção potenciam o desenvolvimento de recursos internos que aumentam as probabilidades dos indivíduos se adaptarem de forma positiva tornando-se resilientes (Berger & Weiss, 2009; Cefai et al., 2021; Kobau et al., 2011; Layous et al., 2014; Shi et al., 2015).

Características da personalidade, competências cognitivas, emocionais e sociais, boa saúde física e ambientes familiares estáveis são bons preditores de saúde mental. A extroversão, conscienciosidade, amabilidade e abertura para a experiência são características que fomentam uma autoestima saudável, bons relacionamentos interpessoais e desenvolvimento da resiliência. Estas características potenciam a gestão dos eventos adversos como momentos de aprendizagem e oportunidades de progresso, o que promove melhores resultados ao nível da saúde mental (Cefai et al., 2021; Egan et al., 2021; Shi et al., 2015).

O conhecimento sobre as características, impacto e dinâmicas entre os fatores de risco e proteção é especialmente relevante na prática clínica. Essa informação permite diminuir o impacto de determinada conjugação de fatores de risco, pela ativação de fatores de proteção capazes de munir o indivíduo de recursos que lhe permitam lidar com os desafios com que se depara (Duncan et al., 2021; Holt et al., 2008; Oliva et al., 2021).

O nível de resiliência de cada pessoa reflete-se nas estratégias ou forma como os indivíduos respondem e gerem os eventos stressantes ou causadores de desconforto. As estratégias de coping ou enfrentamento, são recursos a que os indivíduos acedem de forma consciente num esforço para diminuir o impacto negativo causado por um evento adverso (Antunes & Machado, 2012; Caridade et al., 2018; Stallman et al., 2021; Ullman & Peter-Hagene, 2014).

Existem diferentes abordagens e formas de organizar as estratégias de coping tendo em conta a sua variedade e conjugação. Os modelos mais comuns integram estratégias de coping focada na emoção e estratégias de coping focadas na resolução de problemas (Dias et al., 2009; Filipas & Ullman, 2006; Joyce et al., 2018; Stallman et al., 2021).

A função das estratégias de coping focadas na emoção consiste em gerir o estado emotivo alterado que ocorre após situações stressantes, de perigo ou associadas a algum tipo de mal-estar, como estados de ansiedade, medo, etc ... (Berger & Weiss, 2009; Caridade et al., 2018; Coverdale & Long, 2015; Joyce et al., 2018; Stallman et al., 2021).

As estratégias focadas na resolução de problemas recorrem a ações específicas com vista a resolver o que está na origem do evento causador de mal-estar e podem incluir a procura de ajuda profissional ou informação sobre intervenções específicas (Stallman et al., 2021; Ullman & Relyea, 2016; Zimmermann et al., 2018).

As estratégias de coping dividem-se também entre adaptativas, que causam bem-estar, relaxam e/ou promovem melhoria da situação ou desadaptativas, quando a sua utilização causa dano a curto ou longo prazo (Stallman et al., 2021).

As estratégias de coping são recursos a que os indivíduos acedem com base em múltiplos fatores e experiências. A literatura demonstra que os indivíduos recorrem a várias e diferentes estratégias de coping, de acordo com as circunstâncias. Tendencialmente as pessoas recorrem a estratégias mais desadaptativas consoante as situações adversas se vão agravando e as estratégias de coping adaptativas não resultam de forma efetiva na diminuição dos níveis de stress experienciados (Filipas & Ullman, 2006; Gunnarsdóttir et al., 2021; Stallman et al., 2021).

Os resultados dos estudos desenvolvidos nesta área revelam que o número e intensidade no uso de estratégias de coping desadaptativas apresentam fortes correlações com o aparecimento de perturbação mental (Berger & Weiss, 2009; Caridade et al., 2018; Stallman et al., 2021). Considerando o seu impacto na saúde mental e o facto de que as estratégias de coping podem ser aprendidas, importa uma avaliação específica destas dimensões na intervenção terapêutica (Domhardt et al., 2015; Filipas & Ullman, 2006; Gunnarsdóttir et al., 2021).

1.4. A REALIDADE PORTUGUESA

Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de pessoas com perturbações mentais. Os dados publicados pela Direção Geral de Saúde no relatório “Programa Nacional para a Saúde Mental -2017 indicam que 21% da população portuguesa sofre de algum tipo de perturbação da ansiedade, enquanto 17% sofrem de depressão (DGS et al., 2017). De acordo com o mesmo relatório é possível observar uma tendência anual de crescimento na incidência destas perturbações com propensão a se agravarem ao longo da vida (22.9% na ansiedade e 42.7% na depressão). Já o relatório da WHO (2017) coloca Portugal como o primeiro país da Europa (empatado com a Grécia) com valores mais elevados no que refere incidência de perturbações de ansiedade e depressão na população (Chyczij et al., 2020a; Perelman et al., 2018; WHO, 2017).

Em Portugal a anorexia nervosa é também um dos distúrbios alimentares com um aumento significativo de casos nos últimos anos, tendo sido responsável por 4.485 hospitalizações entre 2000 e 2014, nos serviços de saúde públicos portugueses (Cruz et al., 2018).

Nos últimos anos, com base na informação disponibilizada pelo Programa Nacional para a Saúde Mental -2017 (DGS, 2017) para além do agravamento sentido na incidência das perturbações de ansiedade e depressão, assistimos também a um aumento significativo em outros indicadores relativos à saúde mental. No que se refere, por exemplo, à taxa de mortalidade padronizada por suicídio, assistimos a um aumento que em 2014 ascendeu a um valor de 8/100.000.

Simultaneamente mantém-se uma tendência de crescimento no que se refere à prescrição de todos os grupos farmacológicos, com particular incidência nos antidepressivos e os ansiolítico, medicação com maior risco de comportamentos aditivos e conseqüente impacto negativo ao nível do funcionamento global dos indivíduos (An & Lu, 2016).

Esta tendência de crescimento na prescrição de fármacos assume contornos ainda mais preocupantes se considerarmos que o grupo dos 0 aos 18 sofreu um dos índices mais elevados deste aumento na intervenção da hiperatividade infantil (An & Lu, 2016). Importa questionar e refletir sobre o facto de que o aumento progressivo das prescrições de psicofármacos não se reflete numa diminuição dos valores de prevalência da PM como seria expectável. Ou seja, esta estratégia não parece ser muito eficaz na intervenção, principalmente se considerarmos o impacto negativo potenciado pelos possíveis efeitos secundários do uso deste tipo de medicação (Pastura & Mattos, 2004; Silva et al., 2012).

For fim, mas não menos grave, os valores referentes ao consumo de álcool indicam níveis também preocupantes. Portugal ocupa o 12º lugar na lista de países europeus com consumos de álcool mais elevados, com um consumo per capita de 10,3 litros de etanol (álcool etílico) por cidadão com idade igual ou superior a 15 anos. No que se refere a população em idade escolar, 1 em cada 10 alunos portugueses consumiu no último ano álcool, tabaco e drogas ilícitas (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

A diminuição progressiva da idade do início de consumo de álcool, aliada à prática de binge drinking identificada num número elevado de adolescentes (número cada vez maior de raparigas) obriga à reflexão sobre as causas subjacentes a estes resultados e formas ajustadas de intervenção preventiva e corretiva no sentido de evitar o agravamento da saúde física e/ou mental da população Portuguesa (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Como referido anteriormente na revisão da literatura, viver com uma perturbação mental significa uma diminuição relevante na qualidade de vida da pessoa considerando o tempo vivido com incapacidade/sofrimento resultante dos sintomas, que vários autores classificam como perda de anos saudáveis de vida (Perelman et al., 2018; Vos et al., 2017; Zimmermann et al., 2018). A capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde às necessidades de apoio e acompanhamento das populações e disponibilização de respostas ao nível dos cuidados de saúde mental estão distantes das necessidades sentidas no nosso país. Existem algumas iniciativas e orientações internacionais para tentar colmatar essa necessidade, no entanto as alterações necessárias decorrem mudanças profundas a vários níveis que ainda não ocorreram (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

1.5. INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA NA PRÁTICA PSICOTERAPÊUTICA

A investigação científica demonstra a incidência e gravidade do sofrimento causado pela vivência de uma perturbação mental. Não obstante, alerta simultaneamente para os níveis de abandono dos processos terapêuticos que poderiam minorar o sofrimento e permitir recuperar a qualidade de vida das pessoas envolvidas (Giel et al., 2021; Hauber et al., 2020; Swift & Greenberg, 2012). Considerando os dados referidos, parece-nos importante perceber o que motiva as pessoas a procurar ajuda, o que contribui para que desistam, ou se mantenham e envolvam no processo terapêutico. Conhecer o que pensam e sentem, permite aos técnicos desenvolver estratégias que facilitem a sua retenção, potenciando a recuperação e participação plena dos indivíduos na sociedade.

Na Meta-Análise desenvolvida por Swift e Greenberg (2012) os autores apuraram que cerca de 20% das pessoas que procuram ajuda, desistem do processo terapêutico antes da sua conclusão. Neste estudo verificou-se que os índices de abandono do processo terapêutico não apresentavam diferenças significativas nos vários modelos terapêuticos ou diferentes formatos da intervenção. O estudo demonstrou diferenças relevantes, com índices de abandono mais elevados, nas situações em que as intervenções não eram limitadas no tempo, não tinham protocolo de intervenção com base em evidências e decorriam em clínicas públicas/pedagógicas em que os estagiários eram responsáveis pela intervenção (American Psychological Association, 2006; Swift & Greenberg, 2012).

No que concerne às características do cliente, os índices de abandono mais elevados surgiram nas situações em que os clientes eram mais jovens; em que não foi identificado um diagnóstico específico como foco da intervenção; e nas situações de clientes com diagnóstico de perturbação alimentar ou da personalidade (Clinton, 1996; Fassino et al., 2009; O’Keeffe et al., 2018; Swift & Greenberg, 2012).

A Meta-Análise de Swift e Greenberg (2012) identificou ainda uma variação significativa no índice de abandono, neste caso, descendente, em relação aos terapeutas mais experientes, que obtiveram valores significativamente mais baixos do que os seus colegas em estágio (17,2% vs. 26,6%). Estes resultados, que vão de encontro aos obtidos em outros estudos, parecem indicar que a experiência do terapeuta lhe permite focar mais a sua atenção no cliente e nas suas necessidades (porque não está tão preocupado em lembrar-se dos detalhes do modelo), o que impacta positivamente os resultados da intervenção (Norcross & Wampold, 2011; Pentaraki, 2018).

Considerando os resultados dos diferentes estudos, os dados parecem indicar que a decisão do cliente de desistir ou permanecer no processo terapêutico pode ser influenciada pela presença ou ausência dos denominados fatores comuns presentes nas diferentes intervenções terapêuticas (Jung et al., 2013; Pentaraki, 2018; Swift & Greenberg, 2012).

Neste sentido a investigação na intervenção psicoterapêutica tem revelado que mais significativo que determinado modelo terapêutico, os resultados elencam como aspetos particularmente relevantes para o sucesso da intervenção os seguintes;

- a) A relação terapêutica (Gelso, 2014; Horvath et al., 2011; Zilcha-Mano et al., 2016);
- b) A capacidade do terapeuta de envolver e perceber o cliente como sujeito ativo com recursos próprios no seu processo terapêutico (Laska et al., 2014; Timulak & Keogh, 2017);
- c) O uso, pelo terapeuta, de técnicas e um modelo teórico capaz de apresentar um racional explicativo para as questões que o cliente traz para a intervenção, aceite por este como verossímil (Sousa, 2017);
- d) A definição e consenso de objetivos e tarefas terapêuticas (Lambert & Cattani, 2012; Tryon & Winograd, 2011; Wampold, 2015);
- e) A monitorização das expectativas e perspetivas do cliente, no que se refere à sua perceção sobre a qualidade da relação terapêutica, a pertinência e adequação dos objetivos definidos e a qualidade/ utilidade da intervenção terapêutica, ou seja promover o feedback do cliente quando à sua perceção em relação ao seu processo terapêutico (Beutler et al., 2016; Chow et al., 2015; Constantino et al., 2012; Lambert & Shimokawa, 2011);
- f) As características interpessoais e técnicas do terapeuta, como ser empático, congruente, genuíno, capaz de dar feedback positivo ao cliente, ser credível e de confiança, capacidade de aceitação e não julgamento, ou seja, terapeutas capazes de potenciar o desenvolvimento das competências positivas do cliente, fazendo-o sentir-se aceite, capaz e valorizado (Anderson et al., 2016; Eubanks-Carter et al., 2015; Goldberg et al., 2016; Lutz et al., 2015);
- g) A capacidade do terapeuta de ser responsivo e de adaptar (a si e à intervenção) às especificidades de cada cliente, assim como às diferentes fases de mudança e estados motivacionais por que este vai passando ao longo do processo terapêutico (Beutler et al., 2016; Owen & Hilsenroth, 2014);
- h) Por fim mas sem duvida dos mais significativos, os fatores exoterapêuticos relativos ao próprio cliente, relacionados com o seu percurso e experiências de vida, motivação para a mudança, capacidades cognitivas, interpessoais e suporte familiar / social (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017).

1.6. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO – AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA INTERVENÇÃO – ESTUDO QUALITATIVO - PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ANOREXIA NERVOSA E PIAER

As informações das entidades oficiais de Saúde de Portugal indicam valores elevados de incidência de perturbações mentais na população portuguesa e elevadas taxas de abandono dos processos terapêuticos. Em Portugal não existem muitos dados ou estudos que permitam entender os motivos subagentes a estes comportamentos. Considerando o impacto negativo que a conjugação de PM com o abandono do processo terapêutico pode ter no funcionamento dos indivíduos e até do país, urge propostas de intervenção concertadas capazes de dar/promover/potenciar respostas às fragilidades identificadas (Conselho Nacional de Saúde, 2019; DGS et al., 2017; Swift & Greenberg, 2012).

Neste sentido, propôs-se o desenvolvimento de um projeto de investigação com o objetivo de perceber como cada indivíduo percebe o seu próprio processo/ percurso terapêutico, o que o motivou a procurar ajuda, a manter-se no processo terapêutico e a cumprir, ou não, com as tarefas/exercício propostos. Pretende-se também perceber, o que, de acordo com a percepção dos próprios, influencia a ação dos indivíduos no decorrer do processo terapêutico, aumentando, ou não, o impacto e o sucesso das diferentes estratégias utilizadas durante a intervenção psicoterapêutica

Considerando a elevada incidência de perturbações de Ansiedade e Depressão na população Portuguesa, consideramos ser útil a recolha de informação nesses dois tipos de perturbações. Simultaneamente pareceu-nos relevante perceber se nouro tipo de perturbações obteríamos resultados significativamente diferentes ou semelhantes. Em Portugal temos assistido a um aumento significativo de casos de Perturbações Alimentares nos últimos anos, que se reflete no numero elevado de hospitalizações necessárias nos serviços de saúde públicos portugueses (Cruz et al., 2018)As perturbações alimentares estão indicadas como as perturbações com maior impacto negativo na saúde física dos indivíduos e com maior índice de mortalidade (Cañas et al., 2021; Piñar-Gutiérrez et al., 2021; Treasure et al., 2020) e simultaneamente também com maior probabilidade de abandono do processo terapêutico, embora, não existam muitos dados ou estudos em Portugal que nos permitam entender as dinâmicas motivadoras deste comportamento no nosso país (Clinton, 1996; Fassino et al., 2009; O’Keeffe et al., 2018; Swift & Greenberg, 2012).

A possibilidade de aprofundar o conhecimento, tendo em conta a perspetiva de quem vive esta realidade, em diferentes áreas parece-nos relevante, enriquecedor e potenciador de intervenções mais eficazes, motivo pelo qual incluímos as perturbações de ansiedade, depressão e alimentares (AN e PIAER) neste estudo.

O projeto de investigação foi desenvolvido contemplando 3 fases distintas na sua execução, após aprovação do projeto. Na primeira fase inclui-se a divulgação do estudo, o recrutamento e seleção dos participantes e a realização das entrevistas. Na 2 fase iniciou-se a aplicação das fases do método de investigação qualitativa por referência a cada PM incluída no estudo (Ansiedade, Depressão, Anorexia Nervosa e PIAER). Na última fase, procedeu-se à análise da totalidade dos dados, considerando as semelhanças e /ou diferenças nos resultados obtidos entre as PM em estudo e os significados a elas atribuídos. No entanto, na elaboração da tese iniciamos por uma apresentação global dos pontos comuns do estudo no sentido de evitar repetições desnecessárias que dificultariam a leitura de todo o documento. Assim, os pontos 2 e 3 abordam os aspetos comuns do projeto de investigação, ou seja, os objetivos gerais do estudo; a metodologia adotada com referência e descrição do método de análise de dados elegido; os critérios de recrutamento e seleção da amostra e aos resultados globais da análise dos dados,

que se revelaram comuns nas diferentes PM. Os pontos 4 e 5 descrevem as questões específicas das diferentes PM e as variações nos resultados que justificam a sua exploração individual. O ponto 6 aborda a discussão global dos resultados, as considerações práticas e os limites e aspetos positivos do projeto de investigação.

2. OBJETIVOS GERAIS

Com este projeto pretende-se perceber como cada indivíduo percebe o seu próprio processo/percurso terapêutico, o que o motivou a procurar ajuda, a manter-se no processo terapêutico e cumprir as tarefas/exercício propostos. Pretende-se perceber, de acordo com a percepção dos próprios, o que influencia a ação dos indivíduos no processo terapêutico, aumentando, ou não, o impacto e o sucesso das diferentes estratégias utilizadas durante a intervenção psicoterapêutica. O estudo foi desenvolvido com 33 participantes com diagnóstico de anorexia nervosa, perturbação da ingestão alimentar evitante/restritiva, perturbações de ansiedade e depressão que estiveram ou estão em processos de intervenção terapêutica.

Como principais objetivos destacam-se;

- a) Perceber os significados que os indivíduos atribuem ao seu meio, percurso e vivências e como estes impactaram na percepção da sua saúde mental;
- b) Perceber como se vêem e percebem a sua condição de pessoa com perturbação mental;
- c) Entender de que forma a sua percepção sobre a sua condição mental contribuiu para procurar ajuda e para o sucesso/ insucesso do processo terapêutico;
- d) Perceber como percebem o processo terapêutico e o terapeuta;
- e) Entender quais os fatores motivacionais que os levaram a procurar ajuda, manter-se no processo terapêutico e cumprir com as tarefas/ exercícios propostos;
- f) Entender a que atribuem o sucesso/ insucesso do processo terapêutico, se como resultado de fatores específicos ou devido à conjugação de vários fatores;
- g) Perceber se a metodologia de intervenção influencia a percepção do tipo de fatores com impacto relevante no processo terapêutico;
- h) Perceber se o diagnóstico influencia a percepção do tipo de fatores com impacto relevante no processo terapêutico;

O propósito consiste em analisar o que, do ponto de vista do paciente, realmente impacta no seu processo de adesão, manutenção e mudança nas diferentes propostas terapêuticas de forma a adequar a intervenção às suas necessidades e especificidades (Constantino et al., 2011; Lambert & Cattani, 2012; Lambert & Shimokawa, 2011; Miller et al., 2015; Sousa, 2017).

O acesso a este tipo de informação abre inúmeras possibilidades no campo da intervenção direta com os pacientes. Permite perceber o que percebem/ sentem como particularmente relevante na intervenção. Torna possível ajustar a intervenção de forma a reforçar as áreas pertinentes promovendo uma maior eficácia das estratégias e técnicas utilizadas na intervenção psicoterapêutica. Aumenta as probabilidades de resultados mais positivos com melhorias na qualidade de vida das pessoas, objetivo principal da intervenção (Beutler et al., 2016; Owen & Hilsenroth, 2014; Reynolds et al., 2013; Sousa, 2017).

3. METODOLOGIA

Do delinear de um projeto de investigação até à apresentação dos seus resultados finais, a abordagem epistemológica de referência do investigador é particularmente significativa pela influência que exerce em cada fase do processo (Braun & Clarke, 2006; Maguire & Delahunt, 2017; Petty et al., 2012a). A identificação e reconhecimento do impacto da base em que se fundamentou o projeto, permite ao investigador monitorizar e adequar a sua intervenção, e, simultaneamente, potência uma compreensão mais clara do trabalho por parte do leitor, agora consciente dos pressupostos que orientaram a ação (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2017; Petty et al., 2012a).

Os objetivos que nortearam a construção deste projeto são congruentes com uma abordagem epistemológica contextualista numa perspetiva integrativa da psicoterapia (Madill et al., 2000; Zarbo et al., 2016). Assim, o conhecimento é visto como flexível, assumindo-se a existência de múltiplas realidades/perspetivas individual e socialmente construídas, em que na busca da compreensão do mundo que os rodeia, os indivíduos atribuem uma multiplicidade de significados subjetivos às suas experiências, que influenciam e são influenciadas pelo contexto em que se inserem (Korstjens & Moser, 2017; Lee et al., 2013; Madill et al., 2000). Aceder a esta informação requer o uso de métodos de investigação qualitativa, neste caso Análise Temática, que potencia uma compreensão mais ampla e um conhecimento mais profundo da experiência humana ao integrar a interpretação e significados que os indivíduos atribuem a essa experiência num determinado contexto, considerando a influência e impacto do investigador na interpretação dos resultados e construção do conhecimento (Almeida et al., 2017; Braun & Clarke, 2006; Petty et al., 2012a).

A Análise temática é um método de investigação qualitativa com procedimentos específicos e estruturados que permite que se organize a informação com base na identificação, análise e descrição de padrões ou temas que surgem da interpretação e leitura compreensiva dos dados (Clarke & Braun, 2017; Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Maguire & Delahunt, 2017). Este método é bastante flexível, dado não estar vinculado a quadros teóricos específicos (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2017; Petty et al., 2012b) o que permite manter a congruência com o referencial teórico da investigadora cuja prática clínica assenta numa abordagem integrativa da psicoterapia, onde a intervenção é conceptualizada integrando teorias/técnicas de diferentes quadros teóricos de acordo com as necessidades e características específicas do cliente (Gilbert, 2019; Grosse Holtforth et al., 2011; Sundfeld, 2000; Zarbo et al., 2016).

Como método de investigação qualitativa a Análise Temática prevê métodos específicos de recolha de dados, como a entrevista semiestruturada com perguntas abertas que usamos no nosso estudo. O guião de entrevista, foi adaptado com base no modelo proposto por McAdams (2008) e a adaptação deste modelo de Neiva (2015). As 5 partes em que se divide o guião permitem uma recolha mais organizada da informação. Os primeiros 2 itens incluem a apresentação do projeto, informação sociodemográfica e história de vida do participante. O terceiro e quarto focam-se na perceção do impacto das PM e nas estratégias a que os participantes recorreram para lidar com a situação. O último item centra-se na perceção dos Ps dos resultados e fatores promotores de mudança no seu processo terapêutico. A entrevista foi sujeita a um pré-teste, realizada com um indivíduo com os mesmos critérios que os participantes. Esta entrevista teve como objetivo perceber a adequação das perguntas, se as questões eram facilmente compreendidas, se suscitavam dúvidas ou eram difíceis de responder. Procedemos a alterações simples de acordo com as necessidades detetadas, como clarificação e simplificação na formulação das perguntas (Alea, 2017; McAdams, 2001, 2018).

Todas as entrevistas foram realizadas pela entrevistadora responsável, com recurso a um registo áudio. No momento da entrevista foi solicitado aos participantes a leitura do modelo de consentimento informado onde constam as informações relevantes para o estudo e procedimentos éticos e deontológico. O formulário contém toda a informação quanto à investigação e pretendia recolher por escrito um comprovativo da compreensão dos participantes do seu consentimento da participação no estudo, incluindo a autorização de utilização dos dados recolhidos, assim como a autorização da gravação áudio da entrevista. Considerando as limitações impostas pelo isolamento obrigatório na altura, devido à pandemia do Covid 19, o consentimento informado e autorização de utilização de dados foi expressa verbalmente na gravação áudio da entrevista (Manti & Licari, 2018; Nijhawan et al., 2013).

De forma a preservar a identidade e anonimato dos participantes foi atribuído a cada um, um código numérico simples, associando cada participante a um número de forma aleatória. Após esta fase, em todos os documentos referentes a este estudo, os participantes foram identificados pelo número, sem que haja registo da sua identificação. A gravação ocorreu só num registo de áudio, com recurso a um telemóvel e esse registo foi identificado só com o número do participante. Após conclusão do estudo, os registos áudio serão eliminados.

As entrevistas foram realizadas com o tempo mínimo de 47 minutos e o tempo máximo de 2 hora e 23 minutos, sendo a média de tempo das entrevistas de 74 minutos.

A Análise Temática foi aplicada de acordo com o modelo de 6 fases proposto por Braun e Clarke (2006) com base numa abordagem indutiva que pretende orientar a investigação de acordo com os resultados provenientes dos dados, apesar de se reconhecer a influencia da abordagem integrativa na interpretação e análise da informação, dada a impossibilidade de total neutralidade da investigadora (Braun & Clarke, 2006; Zarbo et al., 2016).

A primeira fase do processo implica conhecer em profundidade os dados recolhidos, o que se traduziu na leitura e transcrição integral das entrevistas. Este método pressupõe não só a transcrição integral das entrevistas, mas também o registo de outras formas de comunicar que pela forma como ocorreram possam ser relevantes para o tema em estudo (e.g., pausas, suspiros, interrupções, hesitações, risos, entre outros) (Braun & Clark, 2006; Fereday & Muir-Cochrane, 2006). O facto de a investigadora ter realizado todas as entrevistas tornou esta fase mais célere. Num segundo momento procedemos à codificação indutiva inicial dos dados sem referência a abordagens teóricas preexistentes. A codificação ocorreu manualmente, através de versões impressas das entrevistas em que cada frase ou paragrafo (de acordo com o sentido expreso) foi atribuído ou integrado num código descritivo, iniciando o processo de identificação de padrões (Braun & Clarke, 2006; Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Maguire & Delahunt, 2017). A terceira fase contempla a identificação /nomeação de temas, já interpretativos, em que podem ser integrados vários códigos, a análise de como os códigos e os temas se relacionam e a identificação /criação de diferentes níveis de temas. A fase quatro consiste na revisão e organização dos temas e subtemas entretanto identificados, a sua relevância, hierarquia /relação e de que forma são sustentados ou invalidados pelos dados, justificando a sua manutenção, eliminação ou inclusão num outro tema (Braun & Clarke, 2006; Souza, 2019). A fase 5 integra a definição e nomeação dos temas, considerandos os dados que agregam, o que revelam quanto à essência de cada tema, como se relacionam entre si e de que forma contribuem para uma narrativa coerente e consistente da história que pretendemos contar considerando as questões de investigação que deram origem ao processo (Braun & Clarke, 2006; Maguire & Delahunt, 2017). A fase 6 abarca a análise final e elaboração do texto que se pretende retrate os resultados da investigação, expondo a informação de forma logica, concisa e coerente, justificando e validando assim os temas identificados como explicativos e representativos da história que os dados contam (Braun & Clarke, 2006; Maguire & Delahunt, 2017; Souza, 2019).

As diferentes fases do processo surgem descritas de forma sequencial, no entanto no decorrer da sua aplicação obrigaram a reflexão e revisão dos dados, que requereu o regresso a fases anteriores com ajustes frequentes na categorização e interpretação da informação (Clarke & Braun, 2017; Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Maguire & Delahunt, 2017).

3.1. PARTICIPANTES

Os estudos qualitativos permitem um conhecimento mais profundo dos fenómenos, pois fundamentam-se na perceção dos próprios indivíduos em relação às vivências experienciadas (Godoy, 1995; Hauschild et al., 2009; Leonidas & Santos, 2017; Maguire & Delahunt, 2017). Neste sentido o critério para seleção dos participantes foi a sua experiência ou passagem por um processo terapêutico e a informação que podem facultar sobre o fenómeno a estudar (Hutchinson et al., 2018; Kadam et al., 2001; Sibeoni et al., 2020; Woodgate et al., 2021). Definiram-se como critérios de inclusão dos participantes para constituição da amostra os seguintes: ter mais de 18 anos de idade; ter um diagnóstico clínico de perturbação de ansiedade, depressão, anorexia nervosa ou perturbação da ingestão alimentar evitante /restritiva; estar ou ter sido de alvo de intervenção clínica / terapêutica. Dadas as limitações criadas pelo COVID 19, a divulgação e recrutamento dos participantes para o estudo foi realizada através das redes sociais Facebook, Instagram e WhatsApp. Após a manifestação de interesse de indivíduos com os requisitos para participação no nosso estudo, foram explicadas as condições e agendadas as entrevistas que foram realizadas através das plataformas online Zoom e Teams de acordo com a disponibilidade dos participantes. 33 pessoas manifestaram disponibilidade para integrar o estudo, todas cumpriam com os requisitos. Neste sentido a amostra deste estudo é não probabilística ou intencional, escolhida por especialistas (Ribeiro, 2010).

3.2. RESULTADOS

A Análise Temática aos dados recolhidos no nosso estudo aponta para a influência de múltiplos fatores na perceção dos participantes dos aspetos relevantes no seu processo terapêutico, considerando o seu impacto na construção da perceção de si enquanto pessoa, dos outros e do contexto em que se inserem (Formiga et al., 2015; Fresán et al., 2018; Jordan et al., 2015; Miloyan et al., 2018; Ribeiro et al., 2019). O relato dos Participantes evidencia a importância de incluir na análise esta conjugação de fatores, dado que, em determinados momentos, estes surgem como potenciadores ou inibidores da ativação da PM (Caridade et al., 2018; Mueller & Tronick, 2019; Stansfeld & Candy, 2006); resultam num conjunto de circunstâncias que conduziram/orientaram ou limitaram o Participante no acesso a informação e recursos facilitadores da intervenção; potenciaram a sua adesão ou abandono do processo terapêutico impactando diretamente na sua recuperação e na sua capacidade de reflexão sobre o seu percurso (Gergov et al., 2021; Hauber et al., 2020; O’Keeffe et al., 2018). Num primeiro momento essa perceção foi sendo construída com base em fatores prévios ao início formal do processo terapêutico, mas relevantes para o nosso estudo pois constituíram o alicerce da formação do indivíduo. No decorrer do processo terapêutico formal, o relato dos participantes indicou que essa perceção foi influenciada pelas especificidades da intervenção e características pessoais/profissionais do terapeuta (Anderson et al., 2016; Eubanks-Carter et al., 2015; Goldberg et al., 2016); mas também por aspetos inerentes ao próprio Participante, às suas características, circunstâncias e à sua história (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017). Ainda num momento após a intervenção psicoterapêutica, os participantes indicaram que essa perceção surge também influenciada pela combinação dos fatores anteriormente referidos, pela eficácia e permanência dos resultados obtidos durante o processo terapêutico e o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos.

Do processo de análise resultaram 5 temas principais, comuns nas diferentes perturbações do estudo, **Contexto e Experiências de Vida Prévios à Emergência da Perturbação; Impacto Vivencia /Experiência da Perturbação; O Processo Terapêutico – Perceção do Cliente de Fatores Promotores de Sucesso; O Processo Terapêutico Obstáculos / Fatores Inibidores de Sucesso; Estratégias de Coping e Reflexão Sobre o Processo/ Principais Alterações** que se dividiram em subtemas mais específicos.

Considerando o tema em investigação – **Autoperceção e Impacto na Intervenção**, os temas incluíram informação relativa à perceção dos participantes dos diferentes momentos que influenciam a sua visão do seu percurso e processo terapêutico. Os significados atribuídos às vivencias das diferentes experiências revelaram impacto significativo no percurso, motivações e capacidade de recuperação dos participantes nas diferentes fases das suas vidas.

Tabela 3 Resultados da Análise Temática

Investigação	Temas	Subtemas
Autoperceção e Impacto na intervenção	1. Contexto E Experiências De Vida Prévios À Emergência Da Perturbação	1.1. Dinâmica Familiar Origem
		1.2. PM Pais ou Familiares Próximos
		1.3. Reação a Pessoa com PM
		1.4. Características Facilitadoras PM
		1.5. Experiência Em Meio Escolar
		1.6. Eventos Adversos
		1.7. Atividade Profissional
	2. Impacto Vivencia /Experiência Da Perturbação	2.1. A Nível Emocional /Cognitivo
		2.2. A Nível Comportamental /Social
		2.3. A Nível Físico
		2.4. Procurar Ajuda
	3. O Processo Terapêutico Fatores Promotores De Sucesso	3.1. Qualidades Pessoais E Profissionais Do Profissional
		3.2. Fatores Relacionados Com O Cliente
	4. O Processo Terapêutico Obstáculos / Fatores Inibidores De Sucesso	4.1. Características Pessoais E Profissionais Do Profissional
		4.2. Fatores Relacionados Com O Cliente E Principais Dificuldades Sentidas
	5. Estratégias De Coping	5.1. Focadas Na Emoção Adaptativas
		5.2. Focadas Na Emoção Desadaptativas
		5.3. Focadas Resolução De Problemas
	6. Reflexão Sobre O Processo Principais Alterações	6.1. Perceção De Resultados Positivos Da Intervenção Terapêutica
		6.2. Ausência De Resultados Positivos Da Intervenção
		6.3. Alteração Perceção/Compor. Pessoas Com PM

No primeiro Tema - **Contexto e Experiências de Vida Prévios à Emergência da Perturbação** considerou-se a história de cada indivíduo, com base no seu relato e perspectiva, em relação aos eventos, e o impacto atribuído a estes, no seu processo de desenvolvimento enquanto facilitadores ou protetores na ativação da PM. Foram identificados 6 subtemas como indicadores de aspetos relevantes neste processo - *Dinâmica Familiar de Origem ; PM Pais ou Familiares Próximos; Reação a Pessoa com PM; Características Facilitadoras PM; Experiência Em Meio Escolar; Eventos Adversos e Atividade Profissional.*

Os subtemas identificados integram dimensões particularmente relevantes no desenvolvimento dos indivíduos, considerando o valor e significados atribuídos a estas experiências para a construção da visão do mundo, de si e dos outros de cada pessoa (McAdams, 2001, 2018).

Dinâmica Familiar de Origem, neste subtema os participantes referiram aspetos da sua dinâmica familiar no que se referia à sua estabilidade e qualidade das relações afetivas; aos comportamentos de proteção/negligência/abuso dos progenitores entre si e na relação parental e às interações entre irmãos, considerando o seu impacto no desenvolvimento dos indivíduos (Bullock et al., 2021; Mueller & Tronick, 2019; Roostin, 2018; Wille et al., 2008).

PM Pais ou Familiares Próximos – este subtema pretendeu recolher informação sobre a incidência de PM nos progenitores durante a infância/adolescência, dado esta situação estar sinalizada como fator de risco para ativação de PM. Os nossos resultados reforçam esta forte correlação também identificada em outros estudos, dado que neste trabalho a maioria dos participantes com diagnóstico clínico referiram a ocorrência de perturbações de ansiedade e/ou depressão em um ou ambos os progenitores (Compton & Shim, 2015; Craske et al., 2017; Fullana et al., 2020; Pinto et al., 2014).

Reação a Pessoa com PM - As referências dos participantes aos significados atribuídos à Perturbação Mental e por inerência à pessoa com PM, revelaram a sua influência na construção da imagem de si, do seu valor e capacidades. Ao longo do seu percurso, na maioria dos casos desde a infância, os Participantes referiram ter presenciado comportamentos de terceiros pautados por reações negativas, de discriminação, desvalorização e desrespeito em relação a pessoas com PM (Corrigan et al., 2014; Rössler, 2016; G. Schomerus et al., 2012). Esta dinâmica ensinou-os que a manifestação de sintomas mais visíveis de algum tipo de perturbação mental, resultam em gozo, crítica ou desvalorização com atribuição de rótulos pejorativos como pessoas fracas, preguiçosas, malucas, entre outras designações (Overton & Medina, 2008; Nicolas Rüsçh et al., 2012; G. Schomerus et al., 2012). Simultaneamente, as dificuldades das pessoas e instituições em abordar claramente o tema da PM reforça a manutenção do estigma e sofrimento ao não esclarecer e orientar não só a pessoa com PM, mas os diferentes atores sociais do contexto onde esta se insere (Corrigan & Bink, 2016; Ran et al., 2021; WHO, 2021b). Este contexto contribui para o reforço de situações de autoestigma, em que a pessoa integra esta conceção social negativa da PM, e conseqüentemente de si. Esta perceção foi referida pelos Participantes como tendo impacto significativo na decisão de procurar ajuda e na sua adesão à intervenção terapêutica, porque reconhecer a necessidade deste tipo de intervenção significa ser percebido como detentor das características negativas associadas à PM (Chisholm et al., 2016; Fang et al., 2021; Koike et al., 2018).

Características Facilitadoras PM - Este subtema resultou das descrições dos participantes referentes à sua perceção de quem/como são - Autoconceito (Formiga et al., 2015; García-Grau et al., 2014), e como se avaliam e se sentem em relação a si próprios - Autoestima (Bastianello et al., 2014; Ribeiro et al., 2020). Inclui as suas referências às suas características e traços de personalidade, como a introversão, valores elevados de perfeccionismo, traços obsessivos-compulsivos, a forma como estas características se relacionam e interinfluenciam favorecendo a ativação e manutenção da PM, (Curran & Hill, 2017; Egan et al., 2021; Fullana et al., 2020; Limburg et al., 2017). No decorrer do processo terapêutico dos participantes, estes foram identificando alterações à sua perceção de si enquanto pessoa e ao valor que se atribuem, ocorrendo referências espontâneas a características pessoais, competências e recursos positivos, assim como a capacidade de os aplicar na promoção da sua qualidade de vida.

Experiências em Meio Escolar - A escola é um fator de socialização relevante na construção da autoperceção dos indivíduos. A entrada no sistema de ensino implica mudanças significativas nas dinâmicas relacionais, pela variedade das interações que a pessoa passa a

experienciar e pelo feedback que recebe no que se refere a si, ao seu valor e competências. As percepções resultantes das dinâmicas construídas neste contexto, podem contribuir para a promoção ou deterioração da saúde mental dos indivíduos (Bonhauser et al., 2005; Fenwick-Smith et al., 2018; Zhang et al., 2019)

Eventos Adversos - No processo de recolha de dados, os participantes identificaram a vivência de eventos adversos em diferentes áreas e momentos, como significativa e relevante no seu percurso de vida, considerando o seu impacto negativo, causador de sofrimento, desestruturação e ativador de sintomas de PM (Allen et al., 2014; Chyczij et al., 2020a; DeMartini et al., 2019; Holt et al., 2008; Mueller & Tronick, 2019).

Atividade Profissional - A integração em contexto profissional assume aspetos particularmente significativos ao nível da Autoperceção do indivíduo, pela representação de si enquanto adulto, supostamente capaz de ser autónomo e detentor de competências relevantes para o desempenho da profissão em causa, mas também na capacidade de estabelecer interações positivas com os seus pares. Como ambiente privilegiado de interações com terceiros, a qualidade dessas interações infere diretamente na percepção positiva ou negativa da pessoa como sendo, ou não, capaz e significativa (M. F. Andersen et al., 2012; Lie et al., 2019; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Niveau et al., 2021; Stansfeld & Candy, 2006)

O segundo Tema – Impacto Vivência/Experiência Da Perturbação foi desenvolvido com base nas múltiplas referências dos participantes a conceitos, pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos, sobre si, os outros e o seu ambiente, no âmbito da vivência da PM. Este tema subdividiu-se nos subtemas; **A Nível Emocional /Cognitivo; A Nível Comportamental /Social; A Nível Físico e Procurar Ajuda** - no âmbito dos temas específicos de cada subtema, foi discutida a intensidade e frequência de sentimentos como a tristeza, medo e raiva, ativadores de sintomas de PM, que resultam em alterações comportamentais/sociais como o isolamento social, sintomas somáticos e restrições autoimpostas que condicionaram a qualidade de vida dos Participantes, contribuíram para a referencia a este subtema como particularmente relevante (Holt et al., 2008; Mueller & Tronick, 2019; Stiles, 2002). As dificuldades resultantes da vivência continua deste quadro emocional, intensificam sentimentos de impotência e incapacidade que reforçam a percepção negativa de si, perpetuando este ciclo disfuncional. (Fullana et al., 2020; Locke et al., 2015; Scarella et al., 2019).

O subtema Procurar Ajuda - procurou agregar informação dos participantes que permitisse compreender o que os motivou a procurar ajuda, o que foi percebido como uma barreira a essa ação, e como a influencia de uma e outra impactaram na evolução da PM e na adesão e manutenção no processo terapêutico. A análise dos relatos evidenciou como fatores motivacionais na procura de ajuda para a generalidade das PM no estudo; o reconhecimento da gravidade dos sintomas e o seu impacto na funcionalidade dos participantes; o desejo de melhorar; o conselho, orientação de outros significativos para intervenção terapêutica (pais, parceiros afetivos, amigos, profissionais de saúde), a informação e acesso a recursos disponíveis nesta área (Michel et al., 2018; Rickwood et al., 2007; Velasco et al., 2020). Na Anorexia Nervosa o desejo de não causar mais sofrimento a familiares foi referido como principal fator na motivação para procurar ajuda. Foram referidas como obstáculos comuns à procura de ajuda nas diferentes PM; o estima em relação à PM e os sentimentos de vergonha pela sua associação; a dificuldade em reconhecer a gravidade dos sintomas e aceitar a sua condição de “doente”; experiências previas negativas na intervenção terapêutica; falta de informação em relação às PM e dificuldade no acesso a recursos para tratamento (Clement et al., 2021; Furnham & Swami, 2018; Rickwood et al., 2007).

O Terceiro Tema 3. O Processo Terapêutico – Percepção do Cliente de Fatores Promotores de Sucesso integrou as referências dos Participantes à sua percepção das questões específicas inerentes ao seu **Processo Terapêutico** – incluiu os subtemas; *Qualidades Pessoais e Profissionais do Profissional; e Fatores Relacionados com o Cliente* - No seu percurso de vida os participantes do nosso estudo passaram por vários processos terapêuticos com diferentes profissionais, na sua esmagadora maioria com acompanhamento em simultâneo de psicólogo e psiquiatra. A multiplicidade das intervenções deu origem a reflexões/afirmações dos participantes por vezes aparentemente contraditórias, sem efetivamente o serem, dado refletirem a sua percepção relativa a diferentes processos terapêuticos, com diferentes profissionais e contextos.

Qualidades Pessoais e Profissionais do Profissional - Na avaliação do seu processo terapêutico os participantes consideraram que o profissional /terapeuta com determinadas qualidades profissionais e pessoais foi o aspeto mais relevante para determinar as possibilidades de sucesso da intervenção (Beutler et al., 2016; Chow et al., 2015; Constantino et al., 2012; Lambert & Shimokawa, 2011).

Fatores Relacionados com o Cliente - Os participantes referiram o desejo de melhorar, de não causar sofrimento a familiares no caso do grupo da AN (motivação para a mudança) e a disponibilidade de suporte social/ emocional, como os fatores que os motivaram a procurar ajuda e a permanecer no processo terapêutico. Consideraram esses os aspetos relevantes inerentes ao cliente para o sucesso do processo terapêutico (Anderson et al., 2016; Lambert & Cattani, 2012; Timulak & Keogh, 2017).

O Tema 4. O Processo Terapêutico - Obstáculos / Fatores Inibidores De Sucesso -

Integrou os subtemas *Características Pessoais E Profissionais Do Profissional e Fatores Relacionados Com O Cliente E Principais Dificuldades Sentidas*.

Características Pessoais E Profissionais Do Profissional No decorrer dos vários processos terapêuticos que vivenciaram, os Participantes identificaram a ausência de um conjunto de características pessoais/profissionais do terapeuta essenciais na promoção da aliança terapêutica, como fator inibidor do sucesso da intervenção terapêutica (Anderson et al., 2016; Eubanks-Carter et al., 2015; Goldberg et al., 2016; Lutz et al., 2015)

Fatores Relacionados Com O Cliente E Principais Dificuldades Sentidas- Nas questões relacionadas com o cliente, os participantes referiram que dificuldade do cliente em aceitar a sua condição de pessoa com PM, confiar nas suas capacidades de recuperação (autoestima), a experiência previa de múltiplas intervenções negativas, a comorbilidade outras PM e a ocorrência de eventos de vida adversos constituem obstáculos significativos ao sucesso da intervenção terapêutica (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017)..

O tema 5. Estratégias De Coping - as Estratégias de coping designam recursos, ações, comportamentos e/ou cognições que os indivíduos elegem como forma de gerir /lidar com os efeitos adversos de situações percebidas como ameaçadoras (Caridade et al., 2018; de la Fuente et al., 2021; Matheson et al., 2020). Durante o seu percurso os participantes foram encontrando diferentes formas de lidar com os sentimentos negativos associados às suas condições desafiadoras, que interferiram na forma como se veem e avaliam, consoante as estratégias de coping utilizadas eram mais ou menos adaptativas. As estratégias de coping podem ser agregadas de diferentes formas, neste estudo consideramos a sua divisão em 3 subtemas, que incluíram a análise das estratégias de coping *Focadas Na Emoção Adaptativas; Focadas Na Emoção Desadaptativas; Focadas Resolução De Problemas* que permitiram a

discussão e percepção do impacto da sua aplicação no âmbito dos temas específicos referentes a cada uma.

O tema 6. Reflexão Sobre O Processo Principais Alterações - resulta das referências à percepção que os participantes foram construindo das múltiplas vivências e experiências ocorridas no seu percurso e processo terapêutico (Coverdale & Long, 2015; Fusar-Poli et al., 2020; R. M. Ribeiro et al., 2019). Considera a forma como estas experiências foram integradas e interpretadas para dar sentido à sua história atendendo à eficácia, permanência dos resultados obtidos no processo terapêutico e o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos (Fusar-Poli et al., 2020; McAdams, 2018; Timulak & Keogh, 2017). Resultou nos subtemas *Percepção De Resultados Positivos Da Intervenção Terapêutica; Ausência De Resultados Positivos Da Intervenção e Alteração Percepção/Comportamento com Pessoas com PM*.

Percepção De Resultados Positivos Da Intervenção Terapêutica - A percepção de progresso dos Participantes após a intervenção terapêutica foi identificada pelas melhorias sentidas ao nível da autopercepção /autocuidado, reconhecimento de competências pessoais e sociais, capacidade de resolução de problemas e utilização de estratégias de coping mais adaptativas (Corrigan & Rao, 2012; Fang et al., 2021; Xu et al., 2018).

Ausência De Resultados Positivos Da Intervenção – a ausência de resultados positivos da intervenção foi sentida após um percurso com múltiplas intervenções terapêuticas sentidas como inadequadas por parte dos participantes. Este tipo de dinâmicas reforçou a manutenção e agravamento de comportamentos e sintomas negativos, consolidou o recurso a estratégias de coping desadaptativas e contribuiu para o aumento de resistência à intervenção e ceticismo de resultados positivos nos participantes.

Alteração Percepção/Comportamento com Pessoas com PM

Os Participantes identificaram ainda alterações na sua percepção e comportamento em relação à PM e às pessoas com PM, referindo maior compreensão/compaixão com a situação e sofrimento de outros, diminuição do julgamento crítico e desejo de contribuir para ocorrência de mudanças positivas nesta área (Corrigan & Rao, 2012; Fang et al., 2021; Xu et al., 2018).

3.2. ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente estudo não prevê intervenção psicoterapêutica ou aplicação de técnicas ou metodologias que possam pôr em causa os princípios éticos da intervenção previstos no código deontológico subscrito pela Ordem dos Psicólogos Portugueses e aprovado em anexo ao Regulamento nº 258/2011, publicado na 2ª Série do Diário da República Portuguesa em 20 de abril de 2011, pelo que não foi necessária a aprovação da Comissão de Ética.

4. ESTUDO 1 - AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA INTERVENÇÃO – ESTUDO QUALITATIVO PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

4.1. PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

As perturbações de ansiedade (PA) fazem parte dos tipos de perturbação mental (PM) mais comuns no espaço europeu. Atingem 4.3% da população europeia, o que se traduz em cerca de 37.3 milhões de pessoas afetadas (WHO, 2018). Em Portugal, os valores percentuais são ainda mais elevados, referindo que 21% da população portuguesa sofre de algum tipo de perturbação de ansiedade (DGS et al., 2017).

As PA incluem um conjunto de PM que tem em comum sintomas de ansiedade e medo excessivos com alterações comportamentais associadas. As PA mais comuns incluem, a perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, agorafobia e perturbação de ansiedade generalizada (American Psychiatric Association, 2013; James et al., 2018; Ströhle et al., 2018).

O desenvolvimento das PA parece resultar da interação entre diversos fatores; fatores biopsicossociais, que remetem para a existência de uma propensão ou vulnerabilidade genética para este tipo de PM; alterações no sistema límbico e disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal; fatores de risco gerais (ser mulher e história familiar de perturbação de ansiedade); e fatores de risco ambientais (exposição a eventos traumáticos ou elevados níveis de stress) que quando combinados contribuem para o despoletar das PA (Craske et al., 2017; Fullana et al., 2020; Kessler et al., 2009).

A pessoas com PA manifestam dificuldades em várias áreas que podem incluir dificuldades de concentração, memória, inibição cognitiva, gerir estados emocionais, avaliação de situações e tomada de decisão. Estas dificuldades têm impacto negativo significativo no desempenho escolar/profissional, interação social e autoperceção (Fullana et al., 2020; Langarita-Llorente & Gracia-García, 2019; Mohammadi et al., 2019; Showraki et al., 2020; Wittchen et al., 2011). Apesar da prevalência das PA e as suas implicações na diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, um número elevado de situações não chega a ser diagnosticada ou tratada pelos serviços de saúde. Este tipo de PM tende a ser crónica, com manifestação de sintomas que podem variar de intensidade ao longo do tempo, mas com taxas de remissão total muito baixas. Diagnósticos e intervenções tardias contribuem para o agravar de sintomas e maior impacto negativo na capacidade funcional dos indivíduos (Craske et al., 2017; Egan et al., 2021; Mohammadi et al., 2019).

As PA, estão geralmente associadas a outras dificuldades (físicas, mentais e relacionais) pelo que é frequente a comorbilidade entre elas e com outras PM. O diagnóstico e intervenção tardia contribui para uma conjugação negativa de fatores propícios à emergência de comorbilidades. Diferentes estudos estimam que um número elevado de jovens com início precoce de PA, raramente recebem ou procuram ajuda antes da idade adulta (Craske et al., 2017; Fullana et al., 2020; Kessler et al., 2009; Schnyder et al., 2017; Velasco et al., 2020).

Questões ligadas ao estigma em relação às PM, podem contribuir para a compreensão deste fenómeno. Os estereótipos pejorativos em relação à PM, podem influenciar a capacidade dos indivíduos em assumir a sua condição de pessoa com PA dificultando o processo de pedir ajuda quando surgem os primeiros sintomas (Doll et al., 2021; Nohr et al., 2021; Georg Schomerus et al., 2019). Esta dificuldade impede uma intervenção precoce que poderia evitar o

aparecimento de comorbilidades e consequente impacto negativo que esta dinâmica implica para os indivíduos com PA (Ahmedani, 2011; Bharadwaj et al., 2015; Corrigan et al., 2014; WHO, 2021b).

Dados da literatura referem que o início precoce das PA sem intervenção adequada, para além de preditor de posterior ocorrência de comorbilidades com outras PM, é também um indicador de risco elevado de resultados adversos no percurso de vida (Craske et al., 2017; Showraki et al., 2020; Ströhle et al., 2018) Estes resultados adversos, designados como custos sociais, podem incluir: uma maior probabilidade de abandono antecipado do sistema educativo; coabitação precoce, que podem resultar em paternidade também precoce; dificuldades nos relacionamentos interpessoais e afetivos; dificuldades ao nível da integração e manutenção de atividade profissional e consequentes dificuldades económicas. Este impacto e custo social repercute-se ao longo do percurso de vida dos indivíduos com consequências progressivamente mais danosas (Craske et al., 2017; Fullana et al., 2020; Kessler et al., 2009; Konnopka & König, 2020; Wittchen et al., 2011).

As pessoas com PA, que recorrem a serviços de intervenção terapêutica, com alguma regularidade abandonam o processo terapêutico. As taxas de abandono do processo terapêutico atingem valores elevados, que variam entre 17% e cerca de 35% (Gersh et al., 2017; Jung et al., 2013; Roos & Werbart, 2013; Swift & Greenberg, 2012). Apesar do referido, a investigação científica revela que os índices de abandono do processo terapêutico não apresentam diferenças significativas relativas ao modelo terapêutico ou formato da intervenção (Bentley et al., 2021; Hauber et al., 2020; Norcross & Wampold, 2011; Roos & Werbart, 2013).

As dificuldades e desafios das pessoas com PA provocam sofrimento e condicionam significativamente a sua qualidade de vida (Beveridge et al., 2019; Craske et al., 2017). Com o objetivo de entender e analisar o que o motiva ou impede a pessoa com PM de procurar ajuda, de investir ou abandonar o processo terapêutico e como cada indivíduo percebe o seu próprio processo/ percurso terapêutico, desenvolvemos um estudo qualitativo. Este estudo incluiu uma amostra de 7 indivíduos com PA, que foram alvo de intervenção psicoterapêutica no intuito de recolher informação que permita adequar a intervenção na prática clínica às necessidades específicas dos clientes.

4.1.1. Definição e Principais Características das Perturbações de Ansiedade (PA)

As PA, como referido anteriormente, incluem um conjunto de PM que na sua base partilham sintomas de ansiedade e medo excessivos com alterações comportamentais associadas (American Psychiatric Association, 2013).

O medo é uma resposta emocional, uma sensação ou uma reação a um determinado estímulo (real ou percebido), que ocorre quando a pessoa fica consciente que o seu bem-estar pessoal (físico, mental, social) está ou pode ser posto em causa. Esta percepção ativa um conjunto de respostas fisiológicas, emocionais e comportamentais (LeDoux, 2014; Mobbs et al., 2019).

Ansiedade, consiste num estado constante de receio, inquietação, ativada por um sentimento persistente de preocupação, apreensão em relação a diferentes assuntos e/ou eventos, percebidos como ameaçadores, e as infinitas probabilidades de no futuro deles emergirem resultados negativos (American Psychiatric Association, 2013; Fullana et al., 2020; Showraki et al., 2020). De uma forma geral, considera-se estarmos perante uma PA quando: a intensidade e frequência com que se manifestam esses sentimentos e sensações é desproporcional ao possível impacto negativo ou consequências desagradáveis efetivas de um resultado adverso do assunto/evento em causa; quando este estado alterado de agitação e preocupação, causa mal-estar significativo e interfere negativamente na capacidade da pessoa

se concentrar e/ ou executar atividades comuns da vida em sociedade; e quando ocorrem alterações comportamentais ou se manifestem sintomas físicos (American Psychiatry Association, 2013; Craske et al., 2017; Pinto et al., 2015)

As PA diferem com base no tipo de situações ou objetos que provocam medo, ansiedade e alterações comportamentais e nas cognições associadas a essa dinâmica. As PA mais comuns incluem, a perturbação de ansiedade de separação (PAS), mutismo seletivo (MS), fobia específica (FE), perturbação de ansiedade social (PAS), perturbação de pânico (PP), agorafobia e perturbação de ansiedade generalizada (PAG) (American Psychiatric Association, 2013; James et al., 2018; Ströhle et al., 2018)

A PAS caracteriza-se pelo medo e ansiedade excessivos e inadequados perante a possibilidade de separação das figuras de vinculação, considerando o nível de desenvolvimento do indivíduo. O MS ocorre em situações em que pessoa comunica oralmente em alguns contextos, mas é incapaz de o fazer em locais ou circunstâncias em que é expectável que o faça.

A FE surge quando perante um determinado objeto ou situação são ativados sentimentos de medo e ansiedade, com alterações comportamentais excessivas considerando a perigosidade real da situação ou objeto. Na PAS o medo e ansiedade excessivos decorrem de situações ou interações sociais e a exposição a julgamento crítico de terceiros.

A PP resulta de sentimentos intensos de medo e desconforto, com sintomas físicos associados, que ocorrem inesperadamente, mas com alguma regularidade e sem ativador específico conhecido. Agorafobia, manifesta-se quando em situações típicas da vida em sociedade (usar transportes públicos, frequentar lojas ou cinemas/teatros, estar em filas ou multidões, estar em espaços abertos ou sozinho fora de casa) ocorrem as sensações de medo e ansiedade excessivas.

PAG resulta da presença dos sentimentos de medo e ansiedade excessivos na maioria do tempo e em relação a vários temas ou eventos (American Psychiatric Association, 2013; Fullana et al., 2020; Langarita-Llorente & Gracia-García, 2019; Showraki et al., 2020; Ströhle et al., 2018).

Recomendações de intervenção - No que se refere à intervenção psicoterapêutica para as PA é recomendada a Terapia Cognitivo Comportamental na maioria das situações (Borza, 2017; D'Agati et al., 2019; Scarella et al., 2019; Schneider et al., 2020; Ströhle et al., 2018; Szkodny et al., 2014). A intervenção psicoterapêutica nas PA, pode ocorrer de forma simultânea e complementar ao uso de prescrição de medicação ajustada as necessidades do cliente.

4.1.2. Participantes

Os critérios de seleção dos participantes do estudo incluíram como requisitos; ter mais de 18 anos de idade; ter tido/ ou estar em acompanhamento medico/psiquiátrico/psicológico na sequência de um diagnóstico clínico de uma das perturbações de ansiedade. Considerando as limitações impostas pela pandemia do Covid 19, a divulgação do estudo decorreu através do uso de redes sociais. Atendendo á inclusão dos participantes no estudo por iniciativa dos mesmos, sem possibilidade de contacto com o profissional que fez o acompanhamento, não nos foi possível realizar uma avaliação que permitisse um diagnóstico específico de cada situação. A informação disponibilizada pelos participantes em relação ao seu diagnóstico é a de Perturbação de Ansiedade, pelo que será dessa forma que identificaremos todas as situações do presente estudo.

Tabela 4 Informação Sociodemográfica PA

Itens	Homens		Mulheres		Total	
	N 3	%	N 4	%	N 7	100%
Ansiedade						
Faixa Etária						
18 - 25	3	43%	1	14%	4	57%
26 - 35			2	29%	2	29%
36 - 45			1	14%	1	14%
Estado Civil						
Solteiro	3	43%	2	29%	5	71%
Casado /UF			2	29%	2	29%
N de filhos						
0	3	43%	3	43%	6	86%
2 ou mais			1	14%	1	14%
Nível Educacional						
7 - 9º ano	1	14%			1	14%
10 - 12º ano	2	29%	2	29%	4	57%
Licenciatura			2	29%	2	29%
Ocupação						
Estudante	1	14%	1	14%	2	29%
Exerce Atividade	2	29%	3	43%	5	71%
Sintomas						
Adolescência	3	43%	3	43%	6	86%
Adultos			1	14%	1	14%

Neste estudo participaram um total de 7 pessoas com PA, 43% homens e 57% mulheres com idades entre os 19 e os 39 anos de idade, com uma média de 26.5 anos. 71% dos participantes são solteiros, 29% são casados e 14% tinha filhos. A maioria dos participantes tinha a escolaridade obrigatória, 29% concluíram uma licenciatura. 71% dos participantes exerciam atividade profissional, 20% ainda estavam a estudar. Só 14% dos participantes apresentou sintomas em adulto, todos os outros manifestaram sintomas na adolescência.

4.1.3. Resultados

No que se refere ao contexto e experiências de vida dos participantes, só 14% referiram um contexto familiar de origem estável, com manifestação de afeto e suporte emocional. Todos os outros participantes (P) referem situações de conflito (violência doméstica), divórcio dos pais ou ausência de um dos progenitores, relacionamentos abusivos dos progenitores com outras pessoas ou instabilidade na dinâmica familiar.

“Vivemos eu, a minha mãe e os meus irmãos, mas ela teve outra relação que correu mal e fomos postos fora de casa...” P26.

“...as discussões entre eles, era mau...” P13.

“...o pai estava imigrado, as coisas que soubemos, a minha mãe passou muito...” P21.

Na interação com os progenitores 86% Ps referem uma postura crítica da parte destes no que se refere ao seu desempenho. 43% dos Ps revelaram que era perceptível na sua família de origem tratamento diferenciado entre os irmãos, sentindo-se eles menos amados.

“Não importa o que fazia, era sempre podias ter feito melhor” P25.

“...depois que ele nasceu eu tinha que fazer tudo, e no Natal, para mim era qualquer coisa, mas para o menino, só o melhor...” P13.

“... a minha relação com os meus pais já não era aquilo que, eles idealizavam uma coisa como filha que eu não conseguia ser ...” P21.

Todos os Ps referiram problemas de ansiedade ou depressão de um ou ambos os progenitores, e todos presenciaram reações negativas em relação a pessoas com PM. A maioria

dos Ps (5) conhecia várias situações de pessoas com sintomas de PM mas que na altura não sabiam identificar.

“Havia um certo desprezo, achavam que eram fracas, malucas...não procuram ajuda porque muita gente pensa que ir ao psicólogo é mau, então ao psiquiatra nem se fala...” P28.

“Umhas tinham pena e tentavam ajudar, outras achavam que era maluquice e tentavam afastar-se. Algumas coisas não foram bonitas...” P19

“...as pessoas dizem os psicólogos são para malucos...” P13.

“...muitos dos meus colegas só anos depois é que perceberam o que aconteceu com eles...” P28.

Tabela 5 Contexto e Experiências de Vida PA

Temas Ansiedade	Subtemas	Temas Específicos	Participantes			
			N	%	F/R	
1. Contexto e experiência s de vida	1.1. Dinâmica familiar origem	1.1.1. Estável	1	14%	2	
		1.1.2. Instável	6	86%	7	
	1.2. PM Pais F. próximos	1.2.1. Depressão /Ansiedade	7	100%	8	
		1.2.2. Alcoolismo	1	14%	1	
	1.3. Reação pessoa com PM	1.3.1. Aceitação	2	29%	2	
		1.3.2. Rejeição	7	100%	12	
	1.4. Características facilitadoras PM	1.4.1. Introversão	5	71%	7	
		1.4.2. Baixa autoestima	7	100%	9	
		1.4.3. Perfeccionismo	4	57%	4	
	1.5. Experiência em meio escolar	1.5.1. Positiva	2	29%	3	
		1.5.2. Negativa	5	71%	6	
		1.5.3. Vítima de Bullying	4	57%	3	
	1.6. Eventos de vida significativos Perturbadores	1.6.1. Div /Ausência pais	1.6.1.1. Div /Ausência pais	3	43%	9
			1.6.1.2. Morte/p. de saúde	6	86%	10
		1.6.3. Mudanças	5	71%	9	
1.6.4. V.D./P. Abusivos/Neg		3	43%	7		
1.6.5. Relação abusiva		2	29%	4		

No âmbito da prevalência de características facilitadoras de PM, 71% dos participantes referiram introversão, 57% perfeccionismo e todos referiram baixa autoestima no decorrer do processo.

“Sempre fui muito fechado...sempre fui muito sozinho” P29.

“.. muito exigente, tem que ficar perfeito, comigo e com os outros, o que causa conflitos” P26. “...sabia que não era bom o suficiente...” P25.

A integração no meio escolar foi percebida como uma experiência negativa para 71% dos Ps e 57% foram vítimas de bullying.

“...a escola era difícil, não queria ir, tinham muitos castigos...” P21. “...punham-me sempre de lado, nunca me sentia parte do grupo...” P25. “...gozavam comigo e chamavam-me gorda...” P13.

Durante a entrevista todos os Ps referiram a ocorrência de vários eventos significativos perturbadores prévios ao aparecimento da PA. Os problemas de saúde (próprios e de familiares) e mudanças foram os mais referidos, as situações de morte de familiar, violência doméstica assistida e vivencia de relações afetivas abusivas foram considerados os mais ativadores de sintomas de ansiedade.

“...a perda do meu avô. Saber que ele não ia estar lá.... Eu simplesmente ficava, ficava, não queria sair do quarto.” P29.

“...tive uma relação toxica, abusiva que provocou muita ansiedade...não conseguia gerir...tive que fazer queixa na APAV.” P28.

Tabela 6 Impacto Vivencia/Experiencia PA

Temas	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			N	%	F/R
2. Impacto da vivencia/experiência da PA	2.1. A Nível Emocional /Cognitivo	2.1.1. Emoção base Raiva	7	100%	17
		2.1.2. Emoção base Tristeza	7	100%	16
		2.1.3. Emoção Base Medo	7	100%	71
		2.1.4. Ideação/tentativa suicídio	3	43%	5
		2.1.5. Ausência prazer A. P.	3	43%	3
		2.1.6. Cognição alterada valor	2	29%	3
		2.1.7. Cognição alterada competência	7	100%	12
		2.1.8. Cognição alterada amada(o)	5	71%	14
		2.1.9. Cognição alterada imagem	7	100%	11
		2.1.10. Ausência Motivação	7	100%	15
		2.1.11. Disc. int negativo critico/exigente	7	100%	15
2.2. A Nível Comportamental /Social	2.2.1. Evitante pessoas/ atividades	2.2.1. Evitante pessoas/ atividades	7	100%	16
		2.2.2. Reativo emocional/agressivo conflitos choro	7	100%	18
		2.2.3. Dificuldades ativ prof. familiar lazer	7	100%	10
2.3. A Nível Físico	2.3.1. Sono alterado (hipersónia e/ou insónia)	2.3.1. Sono alterado (hipersónia e/ou insónia)	5	71%	7
		2.3.2. Sintomas físicos ansiedade	7	100%	10
2.4. Procurar ajuda	2.4.1. Iniciativa Própria	2.4.1. Iniciativa Própria	5	71%	4
		2.4.2. Familiares	1	14%	2
		2.4.3. Outros (Escola/APAV/Medico família)	3	43%	5

A nível da incidência de emoções experienciados após a PA, a totalidade dos participantes refere emoções de medo, tristeza e raiva, discurso interno negativo, incapacidade para agir e autoimagem negativa. Os sentimentos associados ao medo foram os mais mencionados com 71 referências. Estes sentimentos incluíam medo de falhar, de não ser bom o suficiente, do julgamento crítico de outros, de não conseguir ser/ter o ideal que sonhou, da ocorrência de eventos negativos, de impotência e ansiedade.

“Era o medo de falhar, de não conseguir ...” P13. “ficava muito ansioso, com o que as pessoas iam pensar...” P26.

“...só pensava que não ia conseguir e todos iam descobrir que afinal não era assim tão bom...” P25. “Sentia-me insegura, que não era capaz de nada, que voava com o vento...” P28.

“...eu já podia ter tantas coisas, perdi tanto tempo...” P19.

Os sentimentos de base tristeza incluíam sentimentos de culpa, vergonha, inferioridade, solidão e desespero. Os sentimentos de base raiva incluíam sentimentos de irritação, impaciência, revolta, raiva, frustração e magoa.

“...achava que a culpa era minha... sentia-me presa, sufocada...envergonhada...” P28.

“...ficava tão irritado, reagia muito mal...” P26.

“...quando fico magoada, não consigo falar, não consigo falar sobre as coisas...” P21.

“...reajo negativamente, culpo-me muito, exijo muito, o que me deixa muito em baixo...” P19. “...não tinha paciência para nada...” P29.

A totalidade dos participantes referiu alterações comportamentais durante este período e a presença de sintomas físicos de ansiedade. As alterações comportamentais/sociais referiam-se a maior dificuldade (e menor desejo) de estar com pessoas ou em atividades, reações emocionais que sentiam não conseguir controlar (agressividade e choro) e dificuldades na realização de tarefas/ atividades rotineiras a nível profissional, familiar ou de lazer. Os sintomas físicos incluíam alterações no sono, respiração, ritmo cardíaco, mal-estar físico, tonturas, entre outros.

“...tornei-me mais agressiva, sem paciência, não confiava em ninguém, muito reativa e afastei muita gente...” P28.

“...sentia-me muito agitado, não conseguia ficar quieto... comecei a meter-me em confusões...” P25.

” ...comecei com falta de ar, o corpo todo tremia, aquilo começa ainda mais a apertar, eu consciente que não estava bem...” P21.

“...queria ficar em casa sozinho, mesmo na escola tentava ficar isolado de toda a gente, tinha vontade de chorar sem saber porquê...” P29.

“...não conseguia, nem queria fazer nada...não conseguia dormir, trabalhar. O corpo não mente e os sintomas que tinha eram de ansiedade...” P19. “...comecei a ficar muito isolada...” P13.

“...era um jovem problemático..., não queria saber de ir á escola, brigas que tive na escola e que me deixavam mais para baixo...” P29.

“...fiquei mesmo agressivo, se perdia um jogo ficava tão furioso, se diziam alguma coisa era pancada...acho que fiz mal a alguns colegas...” 26

No seu percurso de vida os participantes passaram por vários processos terapêuticos, 86% dos Ps tiveram acompanhamento com psicólogo e psiquiatra, 43% Ps foram acompanhados por mais do que um psiquiatra ou psicólogo. 71% dos participantes procuraram ajuda por iniciativa própria, 43% foram encaminhados por outros serviços e 14% foram orientados pela família.

“Eu estava a tomar imensa medicação, eu dizia por favor eu quero parar de tomar isto, eu não me estou a sentir eu...já não era eu...” P19. “... a escola viu que eu não estava bem e meteram-me na psicóloga...” P29. “...eu tinha 14 anos, eu tive ajuda porque falei com a minha mãe...” P28.

Tabela 7 Processo Terapêutico Fatores Promotores de Sucesso PA

Temas	Subtemas	Temas específicos	Participantes			
			N	%	F/R	
3. O processo terapêutico - percepção do cliente de Fatores promotores de sucesso	3.1. Qualidade s pessoais e profissionais do profissional	3.1.1. Empático, disp. interessado em ouvir	7	100%	11	
		3.1.2. Descobertas soluções s/pressão	6	86%	8	
		3.1.3. Rel. securizante, suporte/importa-se	3	43%	3	
		3.1.4. Tempo / espaço terapêutico seguro	5	71%	7	
		3.1.5. Não julga, ajuda a compreender	7	100%	14	
		3.1.6. Informa diagnóstico/processo	4	57%	7	
		3.1.7. Valida/respeita o cliente	5	71%	6	
		3.1.8. Ensina técnicas/estratégias	7	100%	12	
		3.1.9. Negoceia ajusta intervenção	5	71%	10	
	3.2. Fatores relaciona dos com o cliente	3.2.1. Motivação mudança/ melhorar	7	100%	7	
		3.2.2. Confiança terapeuta e processo	4	57%	7	
		3.2.3. Capacidades cognitivas	3	43%	5	
		3.2.4. Recursos económicos	2	29%	2	
		3.2.5. Procura de ajuda iniciativa do próprio	3	43%	3	
		3.2.6. Perceção de melhoria sintomatologia	3	43%	4	
		3.2.7. Suporte social/ emocional	7	100%	9	
		3.2.8. Compromisso/consultas marcadas	1	14%	2	

No decorrer dos vários processos terapêuticos em participaram, os Ps identificaram um conjunto de fatores que consideram promotores ou inibidores do sucesso da intervenção terapêutica, relacionadas com o profissional e com o cliente.

Em relação os fatores promotores de sucesso relacionados com o terapeuta, todos os participantes consideraram particularmente relevante a capacidade de este ser empático, estar disponível e realmente interessado em ouvir o paciente; não emitir julgamentos, ser

compreensivo e ajudar o cliente a compreender o que está a acontecer com ele e ensinar técnicas /estratégias adequadas á situação do cliente.

“Ouvir-me, as sessões eram de 1 hora, mas deixar-me à vontade para falar o tempo que eu precisasse, se eu precisasse de 3 horas ele estava disponível... “P28.

“Falar sobre a história de vida e ajudar-me a refletir sobre ela agora, adulto, ajudou muito, ajudou a perceber de onde veio, e ver as coisas de outra forma...” P26.

“Não me julgava, eu podia dizer tudo...” P25.

“... o mais importante foi ele explicar ... que não ia correr sempre bem, porque quando me sentia mal eu percebia que não era eu que estava a fazer alguma coisa mal, era normal...para mim era importante saber o que era, não parecia um monstro tão assustador ...” P28.

“A forma subtil de ele me mostrar as coisas...alguém que me ajudasse a conduzir o meu pensamento ...um espaço para pensar. “P19.

“...ajudavam-me a treinar para que agora consiga faze-las sem pensar nisso, reparar nas vitórias, lugares onde me sinto segura ou insegura e porquê...” P28.

“...ele tinha sempre coisas que me pedia para fazer, arranjar tempo para o desporto, passear na natureza...quando estava mais stressada...” P19.

Os participantes também consideraram importante o profissional ser capaz de conduzir o cliente na descoberta de soluções sem o pressionar; ter tempo para estar com o cliente num espaço terapêutico seguro; validar, respeitar, reconhecer o sofrimento, capacidades, opinião do cliente e ser capaz de negociar, ajustar a intervenção às necessidades e características do cliente.

“A maneira de ela explicar as coisas, de ela arranjar maneiras de tentar chegar às soluções, de não forçar as coisas...” P29. “...ele focou-se no que eu queria ...” P13.

“... os objetivos eram propostos por ele, mas ele perguntava se eu estava confortável, se eu dissesse que não ajustávamos...” P28.

“...tem ferramentas para me ajudar a evoluir, quando temos alguém ao nosso lado a mostrar o que se está a passar, o caminho fica mais fácil... “P19.

“...ele focava-se nos meus pontos fortes, no que eu tinha de melhor...entendia mesmo o que eu dizia...” P13.

Tabela 8 Processo Terapêutico Fatores Inibidores de Sucesso PA

Temas	Subtemas	Temas específicos	Participantes		
			N 7	%	F/R
4. O processo terapêutico Obstáculos / fatores inibidores de sucesso	4.1. Características pessoais e profissionais do profissional	4.1.1. Não negocea objetivos tarefas	6	86%	6
		4.1.2. Aplica protocolos/não ajusta cliente	4	57%	6
		4.1.3. Estratégias inadequadas	6	86%	8
		4.1.4. Não informa diagnostico /resultado	5	71%	5
		4.1.5. Medicação, não informa/alternativas	3	43%	4
		4.1.6. Desvaloriza /não valida o cliente	6	86%	7
		4.1.7. Não ensina estratégias ao cliente	6	86%	6
	4.2. Fatores relacionados com o Cliente e principais dificuldades sentidas	4.2.1. Aceitar necessidade de ajuda/iniciar	3	43%	4
		4.2.2. Ausência suporte familiar e social	2	29%	2
		4.2.3. Aceitar/confiar em si/autoestima	5	71%	9
		4.2.4. Eventos de vida significativos	7	100%	39
		4.2.5. Comorbilidades	1	14%	1
		4.2.6. Não confiar no psicólogo/psiquiatra	1	14%	1

As experiências positivas e negativas nestas áreas, foram referidos pelos participantes como como fundamentais para a continuidade ou abandono do processo terapêutico.

“O psiquiatra é só dar medicação e pronto, não é que não seja simpático, mas o meu ginecologista quis saber mais sobre como eu me sentia com a ansiedade que o psiquiatra, não valia a pena continuar ...” P28.

“...fui a uma psicóloga...ela falava muito, e eu pensava, esta senhora não se vai calar, só fala dela e eu estou aqui para falar de mim...deixei de ir...” P13.

“...os psiquiatras era só medicação, não ouviam como eu me sentia, já não era eu e não queria aquilo, procurei outra solução...” P19.

A avaliação dos Ps quanto aos fatores promotores do sucesso do processo terapêutico relacionados com os clientes, classificou como mais relevantes; a disponibilidade de suporte social/ emocional; a motivação para a mudança e o desejo de melhorar do cliente. A confiança do cliente no terapeuta e no processo terapêutico foram também considerados relevantes por 57% dos participantes.

“Eu sabia que precisava de falar com alguém ... eu tinha que fazer aquilo, sabia que tinha que mudar...” P19.

“A necessidade de querer ficar bem, eu percebi que precisava de ajuda, eu não ia conseguir sozinha ...” P28.

“...sabia que podia contar com a ajuda da minha namorada, que não ter de lidar com tudo sozinho, isso ajudou...” P29.

“...ia melhorar, Deus ia ajudar-me...” P25.

“...acho que alguém que se dedica a entender como as pessoas funcionam, que se especializou nessa área...é isso que eu preciso...é uma pessoa que conhece e sabe mais sobre este assunto...” P19.

No sentido inverso, os participantes classificaram como fatores mais relevantes para inibição de resultados positivos do processo terapêutico, a dificuldade do cliente em aceitar a situação e confiar nas suas capacidades de recuperação (autoestima) e a vivência de múltiplos eventos de vida significativos.

“...foi difícil eu perceber que tenho que mudar certas coisas...o preconceito torna difícil pedir ajuda...” P19.

“... eu estava sempre a mudar, estava sempre a integrar novos grupos, era difícil estar sempre a mudar de amigos...” P25.

“...o mais difícil foi suportar a morte do meu avô. Teria sido bom falar com alguém...” P29. “... perceber que eu não tinha culpa, não me ir abaixo quando as pessoas diziam, principalmente quando diziam, tu? Nunca pensei que passasses por isso...” P28.

“Aceitar-me, perceber que não há mal nenhum em ser como sou, que não tenho que ser perfeito.” P25.

“...era difícil saber que tinha que tratar de tudo, até cuidar da minha mãe, mas não podia contar com ninguém...” P26.

Tabela 9 Estratégias de Coping Participantes Ansiedade

Temas Ansiedade	Subtemas	Temas específicos	Participantes		
			N	%	F/R
5. Estratégias de coping	5.1. Focadas na emoção Adaptativas	5.1.1. Distrativo - Ativi. Trab. estudar	7	100%	12
		5.1.2. Autorregulação - E.S. Esp/Res /med	3	43%	6
		5.1.3. Procura de apoio social Familiar	5	71%	20
		5.1.4. Discurso interno positivo			
	5.2. Focadas na emoção desadaptativas	5.2.1. Evitante-Isolamento/desli/dissociar	6	86%	9
		5.2.2. Distrativo - Fumar / Pornografia	3	43%	6
		5.2.3. Autolesivo-alimentar/físico/Comp.R	1	14%	2
		5.2.4. Reativo emocional(discutir/chorar)	7	100%	11
		5.2.5. Discurso interno negativo	5	71%	8
	5.3. Focadas resolução Problemas	5.3.1. Procurar profissional /tratamento	5	71%	7
		5.3.2. Procurar informação / alternativa	1	14%	3

Durante o seu percurso os participantes foram encontrando diferentes formas de lidar com os sentimentos negativos associados às PA. Todos os participantes recorreram ao uso de estratégias de coping focadas na emoção. Do tipo evitante, 86% Ps recorreram a isolamento social e 43% a desligar/dissociar. No tipo distrativo, 43% Ps recorreram a estratégias desadaptativas, como fumar, beber álcool, comer ou usar pornografia; 100% dos PS optaram por estratégias mais adaptativas como ouvir música, ver filmes, sair, fazer atividades ou jogos e ler em diferentes momentos. Ao nível da autorregulação, todos os Ps exibiram comportamentos reativos emocionais (discutir/chorar), 43% Ps usaram técnicas de respiração, meditação ou recorreram a tratamentos de acupuntura e 29% Ps optaram por expressar os seus sentimentos (escrever/falar/ensinar). 71% dos Ps recorreram a procura de suporte social.

“...só queria ficar sozinho, não ter que falar com ninguém...” P29.

“...fazia de tudo para estar fora de mim, para não pensar, fumava, fumava droga, bebia tudo o que não me fizesse sentir, eu não queria sentir nada...” P28.

“...fechava-me em casa e comia, comprava um chocolate e deitava-me na cama a comer” P13.

“...jogava jogos no computador e via pornografia ...” P26.

“...virei-me para a música, aprendi a tocar...” P25.

“... ia sair com os amigos, á praia, ao shopping, passear...” P13.

“...saía para jogar futebol, isso ajudava, porque muitas vezes deixava a má energia dentro do campo...” P29.

“...prefiro ler um livro...gosto mesmo de aprender...às vezes ao escrever libertava ...” P19.

“...era muito agressivo, envolvia-me em conflitos, cheguei a intimidar alguns colegas.” P26.

“...quando a minha mãe percebeu, ela arranjou estratégias, respirar, meditar, focar a atenção em coisas exteriores, prestar atenção ao corpo, exercício, ouvir a voz dela...” P28.

“... tento respirar e uso o yoga para relaxar...” P21.

“... falei com a minha namorada e ela ajudou, disse que íamos conseguir outras coisas...” P29.

“...se as coisas ficam muito difíceis de controlar, ligo para a minha mãe, converso com ela e ela guia-me até ficar calma.” P28.

As estratégias de coping focadas na resolução de problemas foram usadas por 71% participantes ao procurar ajuda profissional ou respostas alternativas.

Após intervenção terapêutica todos os participantes mencionaram perceção de resultados positivos nos seguintes aspetos; capacidade de pedir ajuda; reconhecimento e pratica de comportamentos de autocuidado com alívio de sintomas; confiança na capacidade em lidar/ avaliar pessoas e situações; aprendizagem de estratégias adaptativas; autoaceitação e desenvolvimento de autoestima saudável. 86% dos participantes referiram melhorias ao nível do discurso interno positivo; melhor perceção da realidade e crenças disfuncionais. 57% consideraram ter melhorado a qualidade da interação social.

“...cada vez que saia das sessões sentia-me diferente, falar sobre o que sinto ajuda-me a conhecer-me e sentir-me melhor, ter melhor equilíbrio...” P26.

“...se algo me vai deixar ansiosa, eu já sei como lidar com ela logo no início.” P28.

“...o psicólogo ajudou-me a ver isso, que eu sou uma mulher, que sou independente e sou mais independente do que aquilo que penso que sou, que sou capaz de tomar boas decisões para a minha vida.” P13.

“...eu preferia abdicar de algo para fazer os outros felizes...mas agora é tempo de pensar em mim e não interessa só que os outros querem...” P19.

“...eu nem percebia mas as coisas foram melhorando, eu conseguia ver resultados.” P29.
 “... ganhei muita confiança... estava bem e estava feliz com a autoestima alta ...” P13.
 “Acho que consigo lidar bem com os desafios que podem acontecer.” P29, “Passar a entender que não há problema em ser eu próprio, sou suficiente, se gosto ou não de fazer alguma coisa, está tudo bem, tenho esse direito, aceitar-me...” P25.
 “... já não sinto tanta vergonha de dizer que fui ao psicólogo...” P13.
 “...recuperei parte da minha alegria, voltei a sair com os meus amigos e gosto de estar com eles.” P28.

Tabela 10 Reflexão Alteração na Percepção e Comportamentos PA

Temas Ansiedade	Subtemas	Temas específicos	Participantes		
			N	%	F/R
6. Reflexão sobre o processo principais alterações	6.1. Percepção de resultados positivos da intervenção terapêutica	6.1.1. Discurso interno positivo	6	86%	11
		6.1.2. Capacidade de pedir ajuda	7	100%	8
		6.1.3. Autocuidado/ alívio sintomas	7	100%	11
		6.1.4. Confiança lidar/pessoas/situações	7	100%	11
		6.1.5. Aprender de estratégias adaptativas	7	100%	13
		6.1.6. Autoaceitação autoestima saudável	7	100%	12
		6.1.7. Percepção da realidade/crenças	6	86%	10
		6.1.8. Melhor qualidade interação social	4	57%	7
	6.2. Alteração Percepção/comportamento pessoas com PM	6.2.1. Mais compassiva/ compreensiva	7	100%	8
		6.2.2. Mais atenta as necessidades outros	2	29%	2
		6.2.3. Julga menos	6	86%	9
		6.2.4. Importância de procurar ajuda cedo	4	57%	5
		6.2.5. Acabar preconceito/ ensinar tema	7	100%	12

Durante o seu percurso e após manifestação dos sintomas de PA, todos os Ps referem alteração na percepção e comportamento com pessoas com PM. 100% dos Ps consideram ter se tornado mais compassivos e compreensivos com a situação e sofrimento de outros. 86% dos Ps reconheceram ter diminuído o juízo crítico negativo em relação a pessoas com PM e 57% Ps realçaram a importância de procurar ajuda mais cedo. 100% dos Ps enfatizaram a necessidade de falar/ ensinar sobre estas temáticas com o objetivo de combater o preconceito e estigma associado às PM.

“...eu até posso ajudar outros a resolver problemas. “P19.

“Vejo muitas pessoas que têm ansiedade... se as conhecesse diria para não desistirem delas e tentarem o mais rápido possível procurar ajuda...” P29

“A saúde mental é das coisas mais delicadas que eu já vi e temos que tirar o preconceito, porque eu não procurei ajuda mais cedo por causa do preconceito e só fui procurar ajuda no extremo porque a minha mãe me obrigou...tenho muitos amigos que não procuraram ajuda por causa disso.” P28.

“...na escola conheci várias pessoas que tinham problemas...mas não eram tratados, nem sabiam como resolve-los ou o que era...P28

“...como ninguém falava sobre isso, nem sabia o que estava a acontecer comigo.” P26.

4.2. AS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

A Organização Mundial de Saúde identifica a Depressão como o tipo de perturbação mental (PM) mais comum a nível global atingindo cerca de 5.1% da população mundial, o que corresponde a cerca de 44.3 milhões de pessoas (WHO, 2018). A nível europeu os valores são também bastante elevados, a depressão afeta cerca de 40 milhões de pessoas na europa o que corresponde a 4,3% da população. Em Portugal a situação é mais grave com a depressão a afetar cerca de 10% dos portugueses (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Perelman et al., 2018).

As Perturbações Depressivas (PD) identificam-se pela presença persistente de tristeza, vazio e/ou humor irritável que incluem alterações somáticas e cognitivas com impacto negativo funcional nas diferentes áreas de vida dos indivíduos (American Psychiatric Association, 2013). O DSM-5, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association, 2013) inclui no grupo das PD, a perturbação de desregulação do humor disruptivo, a perturbação depressiva major, a perturbação depressiva persistente-distímia, perturbação disforia pré-menstrual e as perturbações depressivas induzidas por substância/condição médica e com ou sem especificação. O diagnóstico específico é atribuído considerando a duração, o timing e a etiologia suposta em cada caso.

Para este estudo consideramos a perturbação depressiva major (PDM) e perturbação depressiva persistente - distímia, que referiremos como perturbações depressivas (PD), dado serem os diagnósticos referidos no nosso grupo de participantes.

As PD diferem de forma significativa das oscilações de humor típicas decorrentes de situações difíceis no percurso de vida das pessoas, que podem originar períodos curtos de tristeza e desânimo. Nas situações comuns, embora difíceis, estes sentimentos diminuem naturalmente e são alternados com sentimentos positivos. Nas PD, estes sentimentos prevalecem de forma intensa e constante, condicionando a capacidade da pessoa de funcionar a nível profissional, académico, social e familiar. As PD são problemas de saúde graves que nas situações mais graves podem levar ao suicídio (Fried & Nesse, 2014; Hammer-Helmich et al., 2018; Park et al., 2019).

Diferentes estudos demonstram que fatores biológico (genéticos, neurológicos, hormonais e imunológicos), ambientais (exposição a situações de stress crónico e eventos adversos na infância ou de forma aguda em determinadas fases da vida), características pessoais a nível cognitivo, interpessoal e de personalidade, assim como a idade em que surge o primeiro episódio, concorrem de forma relevante para a evolução e gravidade das PD (Hepgul et al., 2013; Silva et al., 2016; Verduijn et al., 2015).

Frequentemente as PD ocorrem na sequência de outros problemas físicos ou emocionais pelo que a comorbilidade é outro dos fatores relevantes para o desenvolvimento de uma PD (Cancino et al., 2018; Gold et al., 2020; Steffen et al., 2020)

As PD têm tendência à ocorrência de episódios de recaída ou evolução para doença crónica (perturbação depressiva persistente - distímia), pelo que a intervenção precoce e ajustada ao cliente assume importância fundamental nas probabilidades de sucesso no combate às PD.

Apesar da prevalência das PD, em Portugal, como em outros países, os serviços de saúde não conseguem dar resposta a todas as necessidades das populações e um número elevado de situações não chega a ser diagnosticada ou tratada (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Kadam et al., 2001; Pentaraki, 2018; Wittchen et al., 2011)

Os estereótipos pejorativos em relação à PM, podem influenciar a capacidade dos indivíduos no processo de pedir ajuda quando surgem os primeiros sintomas, por receio de julgamento crítico de terceiros. Este obstáculo impede uma intervenção precoce que poderia implicar menor sofrimento e melhores probabilidades de recuperação (Ahmedani, 2011; Bharadwaj et al., 2015; Corrigan et al., 2014; WHO, 2021b).

As taxas de abandono do processo terapêutico atingem valores elevados, que variam entre 17% e cerca de 35% para a maioria das PM (Gersh et al., 2017; Jung et al., 2013; Roos & Werbart, 2013; Swift & Greenberg, 2012).

A investigação científica revela que os valores mais elevados de abandono ocorrem nas primeiras etapas do tratamento e parecem estar relacionadas à baixa motivação do paciente, insatisfação com o terapeuta ou tratamento e dificuldades externas (Pentaraki, 2018; Swift & Greenberg, 2012). Os índices de abandono do processo terapêutico não apresentam diferenças

significativas relativas ao modelo terapêutico ou formato da intervenção. (Gersh et al., 2017; Jung et al., 2013; Roos & Werbart, 2013; Swift & Greenberg, 2012).

Desenvolvemos um estudo qualitativo, que foi aplicado a uma amostra de 6 indivíduos com PD, que foram alvo de intervenção psicoterapêutica. Este estudo pretende entender e analisar o que o motiva ou impede a pessoa com PM de procurar ajuda e de investir ou abandonar o processo terapêutico. Pretende-se ainda perceber como cada indivíduo percebe o seu próprio processo/ percurso terapêutico, no intuito de recolher informação que permita adequar a intervenção na prática clínica às necessidades específicas dos clientes.

4.2.1. Definição e Principais Características,

Como referido anteriormente, neste trabalho abordamos o Perturbação Depressiva Major (PDM) e a Perturbação Depressiva Persistente – Distímia, (PDP) diagnósticos presentes no nosso grupo de participantes.

A PDM implica: a presença de humor persistentemente baixo ou deprimido; anedonia ou diminuição do interesse em atividades prazerosas; alterações no padrão de sono e alimentação; dificuldades de concentração e diminuição da energia e motivação; lentificação motora, no discurso e pensamento ou agitação; sentimentos de culpa, inutilidade desesperança, e/ou ideação suicida (American Psychiatric Association, 2013; Bains & Abdijadid, 2021; Weitkamp et al., 2016).

Esta conjugação de sintomas está associada a distorções cognitivas na interpretação da realidade com base em representações negativas do próprio, dos outros e do futuro/mundo - tríade cognitiva (Guimarães et al., 2017; Knapp & Beck, 2008; Rozenthal et al., 2004)

Para atribuição do diagnóstico é necessário que a maioria dos sintomas ocorram durante um período de 2 semanas, a maior parte do tempo e dos dias. A gravidade e intensidade dos sintomas classifica a PDM como ligeira, moderada ou grave. A PDP ou Distímia, resulta da persistência dos sintomas depressivos por um período longo de tempo (Bains & Abdijadid, 2021; Hammer-Helmich et al., 2018; Steffen et al., 2020)

Na presença de PDM ou PDP a pessoa vivencia os sintomas referidos numa intensidade que resulta em dificuldades significativas de funcionamentos a nível pessoal, familiar, social, educacional, profissional e atividades de lazer (Fried & Nesse, 2014; Park et al., 2019; Weitkamp et al., 2016).

A intervenção adequada para cada situação depende de uma conjugação de fatores que deve ser avaliada individualmente (gravidade e padrão dos episódios depressivos ao longo do tempo, características e história do paciente, estratégias já usadas, etc.). As intervenções mais comuns são a ativação comportamental, terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia interpessoal e / ou medicação antidepressiva (Carneiro & Dobson, 2016; Guimarães et al., 2017; Lopes et al., 2016; WHO, 2017).

4.2.2. Participantes

Os critérios seleção dos participantes do estudo incluíram como requisitos; ter mais de 18 anos de idade; ter tido/ ou estar em acompanhamento médico/psiquiátrico/psicológico na sequência de um diagnóstico clínico de uma das perturbações depressivas. Considerando as limitações impostas pela pandemia do Covid 19, a divulgação do estudo decorreu através do uso de redes sociais. Atendendo á inclusão dos participantes no estudo por iniciativa dos mesmos, sem possibilidade de contacto com o profissional que fez o acompanhamento, não nos foi possível realizar uma avaliação que permitisse um diagnóstico específico de cada situação.

A informação disponibilizada pelos participantes em relação ao seu diagnóstico é a de Depressão, pelo que consideramos as características de Perturbação Depressiva Major (PDM) e Perturbação Depressiva Persistente PDP para as situações do presente estudo.

Tabela 11 Informação Sociodemográfica PD

Itens	Mulheres	
	N 6	100 %
Depressão		
Faixa Etária		
26 - 35	1	17%
36 - 45	1	17%
46 - 55	2	33%
56 - 70	2	33%
Estado Civil		
Solteiro	1	17%
Casado /UF	5	83%
N de filhos		
0	1	17%
1	1	17%
2 ou mais	4	67%
Nível Educacional		
0 - 4º ano	1	17%
Licenciatura	4	67%
Mestrado	1	17%
Ocupação		
Exerce Atividade	3	50%
Não exerce ativ.	1	17%
Reformada	2	33%
Sintomas		
Adolescência	2	33%
Adultos	4	67%

Participaram um total de 6 mulheres neste estudo com idades entre os 31 e os 68 anos de idade, com uma média de 50 anos. Do total de participantes 17% são solteiros e 83% são casados e tinham filhos. Todos os dos participantes tinham a escolaridade obrigatória, considerando a sua idade. 67% tinham uma licenciatura e 17% tinham mestrado. 50% dos participantes exerciam atividade profissional, 33% estavam reformadas e 17% não exercem atividade. 67% dos participantes referiu a ocorrência dos sintomas em adulto, 33% manifestaram sintomas na adolescência.

4.2.3. Resultados

A perceção dos participantes em relação às dinâmicas das suas famílias de origem indica 33% de estabilidade e 67% de situações instáveis. As situações referidas como instáveis incluíam violência doméstica, consumos abusivos de substâncias aditivas (álcool / drogas) de 1 dos progenitores, divórcio dos pais ou ausência de um dos progenitores, situações de abuso sexual e pais negligentes. Na nossa amostra 100% dos participantes tinham um progenitor com PD e 67% tinham também um progenitor com consumo de substâncias aditivas.

“...os pais já tinham atritos antes de eu nascer, o pai consumia álcool, o ambiente em casa não era nada bom e continuou assim. A mãe sofria de violência psicológica e física e nunca fez queixa.” P9

Tabela 12 Contexto e Experiências de Vida PD

Temas Depressão	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(N 6)	%	F/R
1. Contexto e experiências de vida	1.1. Dinâmica familiar origem	1.1.1. Estável,	2	33%	4
		1.1.2. Instável	4	67%	12
	1.2. PM Pais FP	1.2.1. Depressão	6	100%	11
		1.2.2. Alcoolismo/Drogas	4	67%	11
	1.3. Reação pessoa PM	1.3.1. Aceitação	1	17%	1
		1.3.2. Rejeição	6	100%	22
	1.4. Características Facilitadoras PM	1.4.1. Introversão	3	50%	5
		1.4.2. Baixa autoestima	3	50%	4
	1.5. Experiência em meio escolar	1.5.1. Positiva	3	50%	6
		1.5.2. Negativa	5	83%	8
		1.5.3. Vítima de Bullying	1	9%	3
	1.6. Eventos Adversos	1.6.1. Divórcio Pais	3	50%	4
		1.6.2. Ausência Pais/Cônjuge	4	67%	5
		1.6.3. Morte/p.saúde suicídio	5	83%	14
		1.6.4. Mudanças	2	33%	2
		1.6.5. Críticas	2	33%	3
		1.6.6. Problemas de saúde	2	33%	5
		1.6.7. V. D./AS/ P. A/N	3	50%	14
		1.6.8. Cuidador	4	67%	12
		1.6.9. Nascimento Filhos	3	50%	7
	1.7. Atividade Profissional	1.7.1. Stressante	5	83%	8
1.7.2. Conflitos com colegas		3	50%	7	

No decorrer da sua vida 100% dos Ps presenciaram reações negativas em relação a pessoas com PM, com desvalorização dos sintomas e da pessoa.

“...as pessoas reagiam mal, a família, não apoiavam, ...não reagiram bem...” P6

No seu percurso de vida, prévio à manifestação de sintomas de PD, 50% dos participantes referiram ser introvertidos e 50% ter baixa autoestima. Não foram indicados neste grupo outras características de personalidade.

“...fui sempre assim uma criança mais triste, mas para mim...” P9

A experiência em meio escolar foi sentida de diferentes formas nos diversos níveis de ensino. 50% referem ter tido experiências positivas no seu percurso, 83% referem experiências negativas em algum momento do percurso e 17% foram vítimas de Bullying.

“...na altura sofri bullying, não se falava nisso por isso tinha que sofrer calada...” P10

Este grupo de participantes referiu a ocorrência de vários eventos adversos prévios ao aparecimento da PD, sendo que todos os elementos sofreram mais que 3 dos eventos indicados.

A morte de progenitores (83%), as situações de violência doméstica e abuso sexual (50%) e a prestação de cuidados a terceiros (67%) foram os eventos referidos como as situações mais difíceis de ultrapassar. O nascimento de filhos foi indicado como momento ativador de sintomas depressivos por 50% dos participantes.

“...a minha mãe teve alguns relacionamentos que não eram bons, queriam também a mim...ela não me defendia...” P10

“...a minha mãe faleceu...fruto de uma depressão, suicidou-se...” P17

“...a bebé chorava muito, mas mesmo quando tinha oportunidade não conseguia dormir ...” P5

A atividade profissional foi sentida como fator de stress para 83% dos participantes e 50% teve experiências ativadoras de sintomas depressivos devido a situações de conflito com colegas de trabalho.

“...quando estava grávida uma colega pôs-me numa situação difícil, ...sabia que não ia conseguir e saber que foi ela que me empurrou para aquilo...” P5

Tabela 13 Impacto Vivencia Experiência PD

Temas Depressão	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		F/R
			(6)	%	
2. Impacto da vivencia/experiencia da perturbação	2.1. A Nível Emocional /Cognitivo	2.1.1. Emoção base Raiva	4	67%	10
		2.1.2. Emoção base Tristeza	6	100%	16
		2.1.3. Emoção Base Medo	4	67%	10
		2.1.4. Ideação/tentativa suicídio	3	50%	8
		2.1.5. Ausência prazer/desejo A. P.	4	67%	8
		2.1.6. Cognição alterada valor	2	33%	5
		2.1.7. Cognição alterada competência	4	67%	10
		2.1.8. Ausência Motivação	5	83%	9
		2.1.9. Disc. int negativo critico/exigente	2	33%	4
	2.2. A Nível Comportamental /Social	2.2.1. Evitante de pessoas/ atividades	6	100%	16
		2.2.2. Reativos emocional agressivos /choro	6	100%	13
		2.2.3. Dificuldades ativ prof familiar lazer	6	100%	10
	2.3. A Nível Físico	2.3.1. Cansaço/ fraqueza intensa/constante	6	100%	13
		2.3.2. Sono alter. (hipersônia e/ou insônia)	5	83%	11
		2.3.3. Dores de Cabeça /corpo	2	33%	3
		2.3.4. Múltiplos problemas de saúde	4	67%	6
	2.4. Procurar ajuda	2.4.1. Iniciativa Própria	4	67%	5
		2.4.2. Familiares	2	33%	3
		2.4.3. Medico Família /outros	1	17%	1

Após e durante a PD os participantes referem elevada intensidade nas emoções com base tristeza. As emoções de tristeza integram sentimentos de inutilidade, solidão, culpa, desespero.

Em 67% dos participantes também eram frequentes sentimentos das emoções raiva e medo. No que se refere à raiva os mais frequentes eram a frustração e irritação. Nos sentimentos relacionados com o medo incluíram questões relacionadas com a capacidade de realizar ou não tarefas.

“...eu sinto-me triste, mas sempre me senti...é outro dia, e outro dia...até não dar mais... a pessoa perde noção do eu...é menos que uma pedra, é inútil...” P9

“...eu sentia uma culpa enorme...só queria dormir ou suicidar-me, não percebia porque não me deixavam em paz ...” P10.

Outras questões relevantes relacionavam-se com a falta de motivação constante para 83% dos participantes, a ausência de prazer em atividades prazerosas para 67% dos participantes e a cognição alterada ao nível da competência, relacionada com sentimentos persistentes de incapacidade/incompetência para 67% dos Ps.

“não me apetecia ver ninguém, vestia-me, mas não saia do sofá, fazer qualquer coisa era um esforço...”

“...sentia que não estava bem, não ia conseguir... não conseguia fazer nada...” P6.

100% dos participantes referiu alterações comportamentais e sociais referentes a atividades/ interação social e reatividade emocional.

“...não queria ver ninguém nem falar com ninguém que me viesse dizer tens que reagir...só chorava...só queria que me deixassem em paz...” P17

A nível físico o cansaço e fraqueza foi o sintoma mais sentido, atingiu 100% dos participantes com impacto significativo na sua funcionalidade em todas as áreas (trabalho, família, social). As alterações do sono foram outro aspeto relevante afetando 87% dos participantes. Decorrentes de PD 67% dos participantes relataram a ocorrência de outros problemas de saúde.

“...só queria dormir...” P6, “...era tudo um esforço tão grande, um cansaço ...não conseguia sair da cama...” P32

Após a PD, os participantes passaram por vários processos terapêuticos, 100 % tiveram recaídas. 83% dos Ps tiveram acompanhamento com múltiplos profissionais. 67% dos participantes foram acompanhados por psicólogo e psiquiatra, 50% Ps foram acompanhados por mais do que um psiquiatra ou psicólogo. Deste grupo 67% dos participantes procuraram ajuda por iniciativa própria da primeira vez, 33% foram encaminhados por familiares e 17% foram orientados por outros elementos.

“...não sabia o que estava a acontecer..., mas tinha que resolver, por isso procurei ajuda...” P6. “...eu chorava por tudo, percebi que não estava bem, era completamente diferente de quem eu era...” P17

Tabela 14 Processo Terapêutico Fatores Promotores de Sucesso PD

Temas Depressão	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		F/R
			(6)	%	
3. Processo Terapêutico Fatores promotores de sucesso	3.1. Qualidades pessoais e profissionais do profissional	3.1.1. Empático, disp. interessado em ouvir	6	100%	15
		3.1.2. Descobertas soluções s/ pressão	1	17%	1
		3.1.3. Rel. securizante, suporte/importa-se.	6	100%	13
		3.1.4. Tem tempo / espaço terapêutico seguro	6	100%	10
		3.1.5. Não julga, ajuda a compreender	6	100%	12
		3.1.6. Informa diagnostico/processo	3	50%	4
		3.1.7. Valida/respeita o Cliente	6	100%	8
		3.1.8. Experiência e conhecimento na área	2	33%	6
		3.1.9. Ensina/técnicas/estratégias	2	33%	5
		3.1.10. Negocia/ajusta intervenção	4	67%	4
		3.1.11. Medicação, efeitos /alternativas	2	33%	3
	3.2. Fatores relacionados com o cliente	3.2.1. Motivação mudança/ melhorar	6	100%	7
		3.2.2. Confiança terapeuta e processo	4	67%	7
		3.2.3. Visão positiva terapeuta/processo	2	22%	3
		3.2.4. Fé /espiritualidade/	3	50%	4
		3.2.5. Procura de ajuda iniciativa do próprio	4	67%	5
		3.2.6. Desejo não causar sofrimento familiares	2	33%	3
		3.2.7. Melhoria da sintomatologia	4	67%	8
		3.2.8. Suporte social/ emocional	4	67%	11

Considerando as suas experiências os Ps consideram como fatores promotores ou inibidores do sucesso da intervenção terapêutica, um conjunto de características relacionadas com o profissional e com o cliente. Como fatores promotores de sucesso relacionados com o profissional, 100% dos participantes referiram, a capacidade de este ser empático, estar disponível e realmente interessado em ouvir o paciente; desenvolver um relacionamento securizante de suporte em que se importa com o cliente; tem tempo / espaço terapêutico seguro para o cliente; não julgar e ajudar o cliente a compreender, validar e respeitar os sentimentos, emoções e opiniões do cliente.

“Na 1 consulta pediu-me para ver a cicatriz que tenho no pulso. Passou a sua mão e disse-me que sentia muito. Ele foi sempre muito respeitador e carinhoso. Foi acima de tudo empático e compreensivo. Como que se me olhasse sem estranheza ou distância. Ele é uma pessoa e eu também. O seu conhecimento estava ao meu dispor para me poder fazer sentir melhor.” P32

“...falávamos o que sentíamos que era importante e parecia que ele estava realmente disponível, sabia ouvir...” P6

No que se refere ao cliente, foram referidas a motivação para a mudança (100%), a confiança no terapeuta e no processo (67%), suporte social/emocional (67%) e melhoria da

sintomatologia (67%) como os fatores mais relevantes na promoção do sucesso da intervenção terapêutica. 50% dos participantes referiram as questões espirituais/fé também como relevantes no seu processo terapêutico.

“...eu senti que muito tem que vir de nós...” P17, “...eu acho que se tivermos esse suporte ao nosso lado, nem que seja um amigo...é mais forte...”P9, “..sempre senti, sempre que saia de lá sentia-me aliviada...” P10

Tabela 15 Processo Terapêutico Fatores Inibidores de Sucesso PD

Temas	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			(6)	%	F/R
4. Processo terapêutico Obstáculos / fatores inibidores de sucesso	4.1. Características pessoais e profissionais do profissional	4.1.1. Não disp/s tempo/Interesse ouvir	3	50%	5
		4.1.2. Não negocia objetivos tarefas	1	17%	1
		4.1.3. Aplica protocolos ajustar cliente	2	33%	2
		4.1.4. Estratégias inadequadas	3	50%	5
		4.1.5. Não informa Diagnostico /T	4	67%	6
		4.1.6. Medicação, não alternativas	5	83%	10
		4.1.7. Desvaloriza /não valida o cliente	2	33%	3
		4.1.8. Não ensina estratégias ao cliente	5	83%	6
	4.2. Fatores relacionados com o Cliente e principais dificuldades sentidas	4.2.1. Aceita necessidade ajuda /iniciar	4	67%	5
		4.2.2. Ausência/ suporte familiar e social	1	17%	2
		4.2.3. Reagir ao cansaço/luta interna	2	33%	3
		4.2.4. Eventos de vida Adversos	6	100%	13
		4.2.5. Múltiplas intervenções/ negativa	3	50%	5
		4.2.6. S/ esperança R/Vantagens PD	2	33%	6

Os fatores mais relevantes para inibição de resultados positivos do processo terapêutico, inerentes ao profissional relacionaram-se com o facto de os profissionais não demonstrarem disponibilidade para ouvir o cliente, não proporem alternativas à medicação, não ensinarem estratégias que permitam às pessoas gerir as situações de crise e não informarem o diagnostico ou características da PD.

“...só me perguntam sintomas naquele momento, não querem saber a história...esse tempo e parece que é tudo a correr, é fazer aquela tarefa e vais-te embora que vem outro paciente...” P9

“...a medicação ajuda, mas estava á espera que me ensinasse estratégias, sem isso fico sempre na medicação, não muda nada...” P17

No que se refere ao cliente as maiores dificuldades relacionam-se com a vivencia de múltiplos eventos adversos e com a dificuldade em reconhecer/aceitar que precisa de ajuda.

“...aceitar que estava doente...passei por tanto e depois ficar doente porque tinha que cuidar de uma pessoa não conseguia aceitar...” P10

“...quando cheguei ao estado de depressão, não foi imediato aos eventos trágicos, mas fui acumulando e senti que cheguei ao limite...” P17

Os participantes referiram que a presença ou ausências das questões que consideram fundamentais deram origem ao abandono dos processos terapêuticos que não concluíram.

Tabela 16 Estratégias de Coping PD

Temas	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			N	%	F/R
5. Estratégias de coping	5.1. Focadas na emoção Adaptativas	5.1.1. Distrativo - Ativi. Trab. estudar	5	83%	11
		5.1.2. Autorregulação - E.S. Esp/Res /med	5	83%	9
		5.1.3. Procura de apoio social Familiar	5	83%	11
		5.1.4. Discurso interno positivo	4	67%	6
	5.2. Focadas na emoção desadaptativas	5.2.1. Evitante-Isolamento/desli/dissociar	6	100%	20
		5.2.2. Distrativo - Fumar / Pornografia			
		5.2.3. Autolesivo-alimentar/físico/Comp.R	1	17%	1
		5.2.4. Reativo emocional(discutir/chorar)	5	83%	10
		5.2.5. Discurso interno negativo			
	5.3. Focadas resolução Problemas	5.3.1. Procurar profissional /tratamento	6	100%	9
		5.3.2. Procurar informação / alternativa			

As dificuldades da vivencia de PD obrigaram os participantes a encontrarem formas de gerir os sentimentos causadores de mal-estar com que se deparavam diariamente. Nas alturas mais difíceis os participantes referiram ter recorrido a estratégias de coping desadaptativas focadas na emoção como o isolamento social (100%) e a reatividade emocional.

“...se estou doente porque é que tenho que me levantar da cama, porque não me deixam em paz...” P9

“...só queria enrolar-me no meu cantinho e ficar sozinha...” P32, “...nem quero pensar que sou assim, expludo por tudo e por nada, mas tornei-me assim ...” P9

Durante o processo os participantes foram recorrendo a estratégias de coping mais adaptativas. Usaram estratégias orientadas para a resolução de problemas ao procurar ajuda profissional de encontro as suas necessidades (100%), e focadas na emoção como apoio social/emocional, distrativas (atividades, pintar, ler, etc..) ou de autorregulação (exercícios respiratórios, meditação, expressar sentimentos) 83% dos participantes.

“...gosto de pintar e sair, estar com pessoas...” P5, “...trabalhar ajudava-me a distrair...” P10

“...respirar e fazer coisas que gosto ajuda-me a não voltar para trás...” P9

Tabela 17 Reflexão Alteração Perceção Comportamentos PD

Temas	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(6)	%	F/R
6. Reflexão sobre o processo principais alterações	6.1. Perceção de resultados positivos da Intervenção terapêutica	6.1.1. Discurso interno Positivo	4	67%	6
		6.1.2. Menos stress interação social	3	50%	5
		6.1.3. Autocuidado alívio sintomas	5	83%	9
		6.1.4. Confiança lidar pessoas/situações	4	67%	9
		6.1.5. Aprender estratégias adaptativas	4	67%	6
		6.1.6. Autoaceitação/autoestima saudável	5	83%	8
		6.1.7. Perceção da realidade/crenças	5	83%	7
	6.2. Ausência de resultados positivos da intervenção	6.2.1. Mantém/agravou comp sintomas	3	50%	3
		6.2.2. Reforço Est coping desadaptativas	3	50%	3
		6.2.3. Aumento de resistência/ceticismo	3	50%	6
	6.3. Alteração Perceção/compor. pessoas com PM	6.3.1. Mais compassiva/ compreensiva /atenta	5	83%	10
		6.3.2. Julga menos	4	67%	4
		6.3.3. Desejo ajudar outros	4	67%	5
		6.3.4. Acabar preconceito/ ensinar tema	6	100%	9

Os participantes mencionaram percepção de resultados positivos após intervenção terapêutica na generalidade das situações. 83% dos participantes consideraram mais significativas as questões relacionadas com autocuidado, alívio de sintomas, autoaceitação, promoção de autoestima saudável, melhoria na capacidade de percepção/compreensão da realidade e percepção de crenças disfuncionais. 67% dos participantes identificaram melhorias também ao nível do discurso interno, da confiança na sua capacidade de avaliar e lidar com pessoas e situações e na aprendizagem de estratégias de coping mais adaptativas.

“...se não penso em mim e cuido de mim, ninguém cuida...” P6, “...passei a ver as coisas com outros olhos...” P17. “...sempre me coloquei no fim...saber o que gosto e me dá prazer, em vez de fazer só o que é necessário, ajudou-me a perceber que também sou importante...” P5

Após manifestação dos sintomas de PD os participantes referem alterações na percepção e relação com questões relacionadas com a PM. 83% referem ter se tornado mais compassivos e compreensivos com a situação sofrimento de outros e 67% referem ter diminuídos o juízo crítico negativo em relação a pessoas com PM e desejo de ajudar outros em situação de crise.

“...há pessoas que passam a vida deprimidas e desvalorizas porque achas que dá jeito, até que te acontece a ti e percebes que não é bem assim...” P 17

“...ajudou-me a compreender melhor os outros, quando a pessoa não está bem, pensar o que se passará com ela em vez de julgar...” P6

4.3. A ANSIEDADE E A DEPRESSÃO – COMORBIDADE

As Perturbações de ansiedade e depressão são as perturbações mentais com maior peso ao nível da saúde mental tendo em conta a sua expressão e impacto negativo na vida dos indivíduos. Para além das limitações e sofrimento que cada uma destas perturbações implica, é comum a comorbidade entre ambas. Esta conjugação resulta no agravamento da situação com implicações no funcionamento e qualidade de vida dos indivíduos em todas as áreas da sua vida (Bains & Abdijadid, 2021; Gold et al., 2020; Steffen et al., 2020; Zimmermann et al., 2018). Diferentes estudos convergem para resultados com taxas de incidência da comorbidade entre as perturbações de ansiedade e depressão com valores entre 50 e 60% (Bains & Abdijadid, 2021; Gold et al., 2020; Steffen et al., 2020) Estes estudos apuraram que os indivíduos com comorbidade ansiedade/depressão desenvolveram sintomas mais graves, com maior probabilidade de cronicidade e com pior prognóstico. Frequentemente as pessoas com estas características recorrem a intervenções de primeira linha (o medico de família do Centro de Saúde) que raramente aplicam abordagens psicoterapêuticas ou encaminham para especialistas que contemplem intervenção adequada a ambas as patologias. Esta realidade reflete-se nas dificuldades de recuperação dos pacientes, agravando a sua condição com potencial aumento de risco de suicídio e maiores custos de saúde (Bains & Abdijadid, 2021; Gold et al., 2020; Steffen et al., 2020).

4.3.1. Participantes

Este estudo incluiu um total de 11 participantes, 6 mulheres e 5 homens, com idades que variavam entre os 23 e os 60 anos de idade, com uma média de 41.5 anos. Neste grupo de participantes 18% são solteiros, 64% são casados e 18% divorciados. 36% dos participantes não tem filhos e 63% tem 1 filho ou mais. Todos os participantes tinham a escolaridade obrigatória, tendo em conta a sua idade, 55% tinham concluído uma licenciatura e 9% mestrado. 73% dos participantes exercem atividade profissional e 27% não exerce atividade profissional. 45% dos participantes apresentou sintomas em adulto, 54% manifestaram sintomas na adolescência/ infância.

Tabela 18 Informação Sociodemográfica PA/D

Itens Ansiedade	Homens		Mulheres		Total	
	N 5	45%	N 6	55%	N 11	100%
Depressão						
Faixa Etária						
18 - 25			1	9%	1	9%
26 - 35	2	18%	2	18%	4	36%
36 - 45	1	9%			1	9%
46 - 55	1	9%			1	9%
56 - 70	1	9%	3	27%	4	36%
Estado Civil						
Solteiro	1	9%	1	9%	2	18%
Casado /UF	4	36%	3	27%	7	64%
Divorciado			2	18%	2	18%
N de filhos						
0	2	18%	2	18%	4	36%
1			2	18%	2	18%
2 ou mais	3	27%	2	18%	5	45%
Nível Educacional						
7 - 9º ano			1	9%	1	9%
10 - 12º ano	1	9%	2	18%	3	27%
Licenciatura	3	27%	3	27%	6	55%
Mestrado	1	9%			1	9%
Ocupação						
Exerce Atividade	5	45%	3	27%	8	73%
Não exerce ativ.			3	27%	3	27%
Sintomas						
Infância			1	9%	1	9%
Adolescência	3	27%	2	18%	5	45%
Adultos	2	18%	3	27%	5	45%

4.3.2. Resultados

Na descrição do seu percurso de vida 36% dos participantes referem um contexto familiar de origem estável, com manifestação de afeto e suporte emocional. 64% dos participantes (P) indicam uma dinâmica familiar pautada por situações de conflito (violência doméstica), divórcio dos pais ou ausência de um dos progenitores e pais negligentes.

“...eles separaram-se, ficamos com a mãe...ela deixava-nos sozinhos ou com outras crianças...” P12 .

“...os pais separaram-se quando eu tinha 13, o pai desapareceu do mapa para não pagar pensão.” P7. “... o relacionamento dos meus pais era muito mau, o meu pai batia na minha mãe com frequência...eu achava que era normal até ir para a escola...” P16

Ao nível da qualidade da relação com os progenitores, 55% dos participantes referem pais emocionalmente distantes, bastante críticos, pouco participativos na vida dos filhos, sem demonstração de afetos ou reconhecimento de qualidades e conquistas. Nível elevado de expectativas e exigência e perceção de tratamento diferenciado entre os filhos.

“...não se falava muito na minha família, por isso agora falo de tudo ...” P27

“...o que queremos é que gostem de nós, a minha mãe era muito exigente, nunca estava nada bem para ela, eu herdei isso.” P15

Nas famílias de origem dos participantes o nível de incidência de PM era bastante elevado com 73% dos participantes com 1 progenitor com PD e 45% com 1 progenitor com PA. Em cerca de 27% das situações ambos os progenitores sofrem de PM.

“Na família todos tinham problemas, a minha mãe tem ansiedade, teve um relacionamento abusivo com os pais dos meus irmãos, tem depressão e ansiedade...” P11

“Na família várias pessoas tinham depressão e a minha irmã tem fobia ...” P22

“Na família várias pessoas tinham problemas de ansiedade e depressão ...” P 27

Tabela 19 Contexto e Experiências de Vida PA/D

Temas D/A	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			(N 11)	%	F/R
1. Contexto e experiências de vida	1.1. Dinâmica familiar origem	1.1.1. Estável,	4	36%	7
		1.1.2. Instável	7	64%	8
	1.2. PM Pais FP	1.2.1. Depressão	8	73%	13
		1.2.2. Ansiedade	5	45%	5
	1.3. Reação pessoa PM	1.3.1. Aceitação	3	27%	3
		1.3.2. Rejeição	11	100%	20
	1.4. Características Facilitadoras PM	1.4.1. Introversão	9	82%	15
		1.4.2. Baixa autoestima	9	82%	19
		1.4.3. Perfeccionismo	6	55%	11
		1.4.4. Traços ob.Com.	1	9%	2
	1.5. Experiência em meio escolar	1.5.1. Positiva	2	18%	2
		1.5.2. Negativa	5	45%	5
		1.5.3. Vítima de Bullying	6	55%	15
	1.6. Eventos Adversos	1.6.1. Div. /Ausência	5	45%	10
		1.6.2. Questões laborais	4	36%	4
		1.6.3. Morte/p.saúde suicídio	8	73%	17
		1.6.4. Mudanças	3	27%	6
		1.6.5. Críticas	7	64%	15
		1.6.6. Problemas de saúde p	6	55%	10
		1.6.7. V. D./P.abusivos/ neg	2	18%	16
		1.6.8. Cuidador	3	27%	5
1.6.9. D. conjugal/financeiros		2	18%	2	
1.7. Atividade Profissional	1.7.1. Stressante	9	82%	19	
	1.7.2. Prazerosa	5	45%	7	
	1.7.3. Conflitos com colegas	2	18%	4	

No decorrer da sua experiência de vida e interações sociais 100% dos participantes assistiram a formas de desvalorização e discriminação das pessoas com PM. Após ativação da PA/D eles próprios forma vítimas de situações de rejeição, discriminação ou incompreensão.

“...na nossa cultura recorrer a um psicólogo é sinal de loucura e fraqueza, eu ainda tenho esse preconceito...estou a trabalhar nele...” P16

“... as pessoas dizem muito, agora você é adulta tem que saber lidar com isso, isso é frescura, isso doi, eu não quero estar assim, mas as pessoas não entendem...” P12

“...não se falava disso, era um estigma, se alguém falasse era logo considerado maluco...” P20.

“... o terapeuta diz que devemos falar e dizer o que sentimos, mas depois as pessoas não sabem o que dizer...a minha mãe diz, é só pensar positivo, não percebo porque não consegues...” P23

A prevalência de características facilitadoras de PM, é bastante elevada neste grupo com 82% dos participantes e referirem introversão e baixa autoestima e 55% perfeccionismo.

“...no trabalho nunca ninguém percebeu nada, tentava ser perfeito, tinha que ser tudo perfeito ...” P18

“...quando casei achei que tinha que fazer tudo, tinha começado a trabalhar e lá também tinha que conseguir fazer tudo e tinha que ser tudo perfeito, fique tão esgotada, nem me ocorreu pedir ajuda ao marido, achava que tinha que ser eu a fazer tudo...” P15

O percurso académico foi percecionado como uma experiência negativa para 45% dos participantes e 55% foram vítimas de bullying.

“...na escola era gozado por ser gordinho...” P 11. “...na escola era muito no meu canto, toda a gente gozava comigo, era diferente, era muito tímida...” P14. “...a escola primaria foi má, batiam-me para aprender...” P 27

A história de vida dos participantes foi pautada por vários eventos de vida adversos numa idade precoce e ao longo do percurso de vida. 73% dos participantes teve desafios relacionados com morte ou tentativa de suicídio de progenitores, 64% viveram em ambientes altamente críticos ou abusivos, 55% tiveram problemas de saúde graves e 45% assistiram a situações de divórcio ou ausência de 1 dos progenitores.

“...o meu pai ficou doente...fiquei perdida...” P15

“...quando eu tinha 6 anos a minha mãe tentou o suicídio, eu estava na escola, ouvi as ambulâncias...achei que a culpa era minha, que tinha feito alguma coisa mal...fazia tudo para ser perfeito para ela não ter motivos para ficar triste...” P16

Tabela 20 Impacto da Vivencia Experiência PA/D

Temas D/A	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(11)	%	F/R
2. Impacto da vivencia/experiencia da perturbação	2.1. A Nível Emocional /Cognitivo	2.1.1. Emoção base Raiva	10	91%	18
		2.1.2. Emoção base Tristeza	11	100%	74
		2.1.3. Emoção Base Medo	11	100%	46
		2.1.4. Ideação/tentativa suicídio	9	82%	19
		2.1.5. Ausência prazer A. P.	5	45%	10
		2.1.6. Cognição alterada valor	9	82%	14
		2.1.7. Cognição alterada competência	9	82%	47
		2.1.8. Cognição alterada amada(o)	9	82%	19
		2.1.9. Cognição alterada imagem	8	73%	18
		2.1.10. Ausência Motivação	9	82%	10
		2.1.11. Disc. int negativo critico/exigente	9	82%	21
	2.2. A Nível Comportamental /Social	2.2.1. Evitante de pessoas/ atividades	11	100%	38
		2.2.2. Reativos emocional agressivos /choro	10	91%	18
		2.2.3. Dificuldades ativ prof familiar lazer	10	91%	15
2.3. A Nível Físico	2.3.1. Cansaço/ fraqueza intensa/constante	8	73%	11	
	2.3.2. Sono alter. (hipersónia e/ou insónia)	9	82%	12	
	2.3.3. Dores de Cabeça /corpo	1	9%	1	
	2.3.4. Múltiplos problemas de saúde	2	18%	5	
	2.3.5. Sintomas físicos ansiedade	11	100%	16	
2.4. Procurar ajuda	2.4.1. Iniciativa Própria	6	55%	10	
	2.4.2. Familiares	3	27%	5	
	2.4.3. Amigos	2	18%	4	
	2.4.4. Medico Família /outros	4	36%	5	

O impacto ao nível das emoções é visível na incidência de emoções de base medo, tristeza e raiva. A emoção base tristeza tem uma frequência de respostas mais elevadas e inclui os sentimentos de tristeza, culpa, inferioridade, inutilidade solidão e desespero.

“...sempre me senti sozinha...não sei porquê, mas eu sinto-me abandonada...” P23

A emoção base medo inclui sentimentos de receio relativos a julgamento critico de terceiros, ocorrência de eventos potencialmente perigosos, não ser capaz de sair, subir ao palco, proteger a família, etc...

A ideação suicida atinge um número muito elevado neste grupo com 82% dos participantes a referir a ocorrência regular deste pensamento.

“Pensava em suicídio, tinha pensamentos de raiva e derrotistas...” P11

“...sentia-me presa aqui dentro, não conseguia respirar...comecei a ter pensamentos suicidas...” P23

As alterações ao nível da percepção de valor e competência, a ausência de motivação e o discurso interno negativo ascendem também a valores elevados (82% P).

“Olho para o espelho (não gosto de olhar) e nem me reconheço, parece que não sou eu, parece que estou no corpo de um estranho...” P12

A alteração ao nível da percepção ao nível da competência é a com a frequência de resposta mais elevada, porque inclui questões relacionadas com a percepção de não ser capaz de ser o ideal que sonhou e a incapacidade de reagir, saber o que dizer ou fazer.

“Não conseguia falar do que me magoa, mas acumulava, tentava desesperadamente fazer tudo ...” P 15

“...comecei a sentir insegurança, intranquilo, a não acreditar em mim, era aluno do quadro de honra, mas comecei a achar que não ia conseguir...” P18

Ao nível das alterações comportamentais os participantes referiram como mais desestabilizador e frequente e a presença de sintomas físicos de ansiedade (100%), as alterações no padrão de sono (82%) e a sensação de cansaço (73%).

“Estava sem energia para nada, tinha uma fadiga gigante. “P15

“Não dormia, só chorava, não me apetecia falar com ninguém. “P14

100% dos participantes relataram alterações comportamentais/sociais de evitamento de interação social e 91% referiram dificuldade no controlo de reações emocionais (agressividade e choro) e dificuldades na realização de tarefas/ atividades rotineiras a nível profissional, familiar ou de lazer.

“Perdi a vontade de falar com as pessoas, perdi toda a vontade de fazer as coisas...” P23

“Sentia-me muito mal, tonta, com medo de me sentir mal, de acontecer alguma coisa, de tudo, não queria sair de casa nem ver ninguém...” P23

Tabela 21 Processo Terapêutico Fatores de Sucesso PA/D

Temas D/A	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			(11)	%	F/R
3. O processo terapêutico - Fatores promotores de sucesso	3.1. Qualidades pessoais e profissionais do profissional	3.1.1. Empático, disp. interessado em ouvir	11	100%	33
		3.1.2. Descobertas soluções s/ pressão	8	73%	19
		3.1.3. Rel. securizante, suporte/importa-se.	11	100%	20
		3.1.4. Tem tempo / espaço terapêutico seguro	11	100%	18
		3.1.5. Não julga, ajuda a compreender	11	100%	28
		3.1.6. Informa diagnóstico/processo	5	45%	8
		3.1.7. Não desiste, acredita na recuperação	3	27%	5
		3.1.8. Valida/respeita o Cliente	11	100%	24
		3.1.9. Experiência e conhecimento na área	5	45%	6
		3.1.10. Ensina/técnicas/estratégias	11	100%	29
		3.1.11. Negoceia /ajusta intervenção	9	82%	22
		3.1.12. Sincero, inspira confiança e segurança	5	45%	7
		3.1.13. Medicação, efeitos /alternativas	2	18%	3
		3.1.14. Encaminha resposta mais adequada	1	9%	1
	3.2. Fatores relacionados com o cliente	3.2.1. Motivação mudança/ melhorar	10	91%	18
		3.2.2. Confiança terapeuta e processo	1	9%	2
		3.2.3. Visão positiva terapeuta/processo	3	27%	5
		3.2.4. Capacidades cognitivas	5	45%	7
		3.2.5. Fé /espiritualidade/	4	36%	6
		3.2.6. Procura de ajuda iniciativa do próprio	7	64%	10
		3.2.7. Desejo n/ causar/sofrimento familiares	4	36%	9
		3.2.8. Melhoria da sintomatologia	10	91%	16
		3.2.9. Suporte social/ emocional	10	91%	20
		3.2.10. Compromisso	4	36%	7

Os participantes do estudo tiveram experiências com diferentes terapeutas ao longo do seu percurso. 64 % dos Ps tiveram acompanhamento com psicólogo e psiquiatra, dos quais 36% Ps foram acompanhados por mais do que um psiquiatra ou psicólogo.

Deste grupo, procuraram ajuda por iniciativa própria 55% dos participantes, 36 % foram encaminhados por médico de família os restantes por familiares e amigos.

A vivência da PA/D proporcionou aos participantes vários contextos terapêuticos, dessa experiência os participantes elegeram um conjunto de fatores que consideram promotores ou inibidores do sucesso da intervenção terapêutica, relacionadas com o profissional e com o cliente.

No que se refere a características do profissional 100% dos participantes referiram ser especialmente importante a capacidade do profissional de ser empático, estar disponível e realmente interessado em ouvir o paciente; desenvolver com o cliente uma relação securizante e demonstrar que se importa com o seu bem-estar; ter tempo para estar o cliente construindo um espaço terapêutico seguro; não emitir julgamentos, ser compreensivo e ajudar o cliente a compreender o que está a acontecer com ele, validar e respeitar os sentimentos e opiniões do cliente e ensinar técnicas /estratégias adequadas à situação do cliente.

“Empatia e sensibilidade, disponibilidade, o olhar o sentir que a pessoa está presente, mesmo presente, alguém a quem podia dizer tudo...” P20

“Estar focado na terapia e não distraído por outras coisas, importar-se com o cliente, ter tempo para a pessoa poder dizer como se sente...” P27

“Foi muito importante ouvir o terapeuta dizer não importa o que aconteceu tens o direito de te sentir assim...” P23

Os participantes também consideraram importante o profissional ser capaz de conduzir o cliente na descoberta de soluções sem o pressionar (73%) e ser capaz de negociar, ajustar a intervenção às necessidades e características do cliente (82%).

“Ela percebia as coisa à primeira, mas deixava-me chegar lá sozinho, guiava-me até lá...” P22

“...foi uma verdadeira ajuda, ela foi ajustando a intervenção as minhas necessidades de acordo com as diferentes alturas que a procurei. “P15

Tabela 22 Processo Terapêutico Fatores Inibidores de Sucesso PA/D

Temas D/A	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			(11)	%	F/R
4. O processo terapêutico. Obstáculos / fatores inibidores de sucesso	4.1. Características pessoais e profissionais do profissional	4.1.1 Sem formação/conhecimento	2	18%	3
		4.1.2. Não disp/s tempo/Interesse ouvir	2	18%	8
		4.1.3. Não negocia objetivos tarefas	4	36%	9
		4.1.4. Aplica protocolos ajustar cliente	5	45%	9
		4.1.5. Estratégias inadequadas	5	45%	10
		4.1.6. Atitude passiva, fria, distante	2	18%	4
		4.1.7. Não informa Diagnostico /T	3	27%	5
		4.1.8. Medicação, não alternativas	4	36%	7
		4.1.9. Desvaloriza /não valida o cliente	1	9%	7
		4.1.10. Não ensina estratégias ao cliente	4	36%	9
	4.2. Fatores relacionados com o Cliente e principais dificuldades sentidas	4.2.1. Aceita necessidade ajuda /iniciar	9	82%	11
		4.2.3. Ausência/ suporte familiar e social	5	45%	10
		4.2.4. Aceitar/confiar em si/autoestima	6	55%	8
		4.2.5. Eventos de vida Adversos	8	73%	14
		4.2.6. Múltiplas intervenções/ negativa	4	36%	9
		4.2.7. Comorbilidade outras PM	4	36%	6

Os participantes referiram que experiências negativas nestas áreas, foram determinantes nas decisões de interromper/ abandonar o processo terapêutico.

“...não sei do que estava à procura, mas não era aquilo, acabei por desistir..” P20

“...eu não comia, não dormia, estava num sofrimento, ela só dava medicamentos e não valorizava nada...desisti...” P27

“...eu preciso de tempo para processar e às vezes os terapeutas não entendiam então acabei por desistir.” P23

Como fatores promotores do sucesso do processo terapêutico relacionados com os clientes, os participantes referiram como mais significativos; a disponibilidade de suporte social/ emocional; a motivação para a mudança, o desejo de melhorar do cliente e a melhoria dos sintomas após o início da intervenção.

“A minha família é a minha força...as pessoas que gostam de mim e eu achava que ninguém gostava...” P14

“A motivação para mudar, foi eu não quero sofrer ...” P11

“Eu pensei, eu não posso viver assim, eu não quero viver assim ...” P23

Como fatores inibidores do sucesso relativo aos clientes os participantes referiram a dificuldade em aceitar/ reconhecer a necessidade ajuda, a ocorrência de uma sucessão de eventos de vida adversos e aceitar- se, confiar em si, melhorar a autoestima.

“Assumir que tinha um problema, achei que ia ultrapassar...” P20

“Sempre resolvi os meus problemas sozinho, ter que falar com alguém foi difícil.” P11

“Aceitar isto, que é como me sinto e que é valido e real foi o mais difícil.” P23

“Eu me aceitar, eu confiar mais em mim, me amar...” P12

Tabela 23 Estratégias de Coping PA/D

Temas PA/D	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			N 11	%	F/R
5. Estratégias de coping	5.1. Focadas na emoção Adaptativas	5.1.1. Distrativo - Ativi. Trab. estudar	11	100%	29
		5.1.2. Autorregulação - E.S. Esp/Res /med	10	91%	30
		5.1.3. Procura de apoio social Familiar	9	82%	18
		5.1.4. Discurso interno positivo	8	73%	19
	5.2. Focadas na emoção desadaptativas	5.2.1. Evitante-Isolamento/desli/dissociar	11	100%	25
		5.2.2. Distrativo - Fumar /Pornografia	3	27%	6
		5.2.3. Autolesivo-alimentar/físico/Comp.R			
		5.2.4. Reativo emocional(discutir/chorar)	10	91%	18
		5.2.5. Discurso interno negativo	6	55	14
	5.3. Focadas resolução Problemas	5.3.1. Procurar profissional /tratamento	5	45%	9
		5.3.2. Procurar informação / alternativa	4	36%	9

Para gerir as situações adversas os participantes recorreram a diferentes estratégias de coping. Os participantes usaram estratégias de coping focadas na emoção adaptativas, entre elas as distrativas – trabalho, estudar, fazer atividades, ouvir música, filmes etc..., (100%) as de autorregulação – como expressar sentimentos, usar exercícios respiratórios e meditar, entre outros (91%) a procura de apoio social (82%) e discurso interno positivo (73%).

“Adoro fazer exercício físico, cuidar de mim e isso está a ajudar-me muito...” P11

“O que me faz ficar melhor é sair ...” P12

“Comecei a escrever e a falar sobre o assunto ...” P16

“Falava muito com a minha amiga...” P23

Os participantes também recorreram ao uso de estratégias de coping focadas na emoção desadaptativas 100% usaram o tipo evitante, - o isolamento social e desligar/dissociar e 91% usaram o tipo reativo emocional.

“Ia para um sítio onde ninguém me podia ver a chorar...fechava-me ...” P 14

“Ia andar para ficar sozinho e pensar e fumava ...” P 22

“Desligava, dissociava, tornava-me dormente, não sentir nada dizia a mim própria.” P23

As estratégias de coping focadas na resolução de problemas foram usadas por 45% participantes ao procurar ajuda profissional e 36% dos Ps na busca de respostas alternativas.

“Procurei ajuda em livros Tibetanos para entender... fiz todo o tipo de terapias” P15

Tabela 24 Reflexão Alteração Comportamentos PA/D

Temas D/A	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(11)	%	F/R
6. Reflexão sobre o processo principais alterações	6.1. Perceção de resultados positivos da Intervenção terapêutica	6.1.1. Discurso interno Positivo	9	82%	26
		6.1.2. Capacidade de pedir ajuda	11	100%	12
		6.1.3. Autocuidado alívio sintomas	9	82%	23
		6.1.4. Confiança lidar pessoas/situações	7	64%	20
		6.1.5. Aprender estratégias adaptativas	9	82%	23
		6.1.6. Autoaceitação/autoestima saudável	8	73%	24
		6.1.7. Perceção da realidade/crenças	9	82%	19
	6.2. Alteração Perceção/compor. pessoas com PM	6.2.1. Mais compassiva/ compreensiva	8	73%	13
		6.2.2. Julga menos	6	55%	9
		6.2.3. Desejo ajudar outros	2	18%	2
		6.2.4. Acabar preconceito/ ensinar tema	11	100%	15

Um número elevado de participantes indicou resultados positivos após a intervenção terapêutica no que se refere a capacidade de pedir ajuda (100%); reconhecimento e pratica de comportamentos de autocuidado com alívio de sintomas (82%); discurso interno positivo (82%); aprendizagem de estratégias de coping mais adaptativas e melhor perceção da realidade/reconhecimento de crenças disfuncionais (82%). Na autoaceitação, promoção de uma autoestima saudável (73%) e confiança na capacidade de lidar com pessoas e situações também foram referidas melhorias (64%)

“Trouxe-me qualidade de vida, embora ainda aconteça, já não fico tão sugado pelos meus pensamentos, agora consigo dar a volta e sair deles ...” P 11

“Fez-me lembrar que eu não tenho nada de mais, que é normal, que não sou a única a sentir-me assim...” P12

“Já me consigo ver ao espelho, esta sou eu...cresci e estou a viver graças á minha força de vontade. “P 14

“A diferença é que agora peço ajuda, se acontecer algo falo logo... mudou a minha forma de pensar e as crenças que eu tinha...” P 16

A vivencia com uma situação de PA/D, segundo os participantes, promoveu alterações na perceção e comportamento em relação ás com pessoas com PM. 73% dos participantes referem ter desenvolvido maior compreensão com a situação de sofrimento de outros. 55% consideram ter diminuído o julgamento crítico 18% referiram que gostariam de ajudar nesta área.

“...descobrimos que existe tanta gente com estas problemáticas e para mim essa foi a grande descoberta ...” P20

“Tenho mais sensibilidade, se passo por isso e me doi, se alguém passa por algo difícil, se tem problemas, sou mais sensível...” P12

“Agora vejo a saúde mental como parte da minha saúde, tenho que cuidar. É algo que nas minhas relações estou atenta, pergunto às pessoas como é que elas estão e presto atenção, não quero que ninguém sofra...”

Todos os participantes realçaram a importância de procurar ajuda mais cedo. 100% dos Ps enfatizaram a necessidade de falar/ ensinar sobre estas temáticas com o objetivo de combater o preconceito e estigma associado às PM.

5. ESTUDO 2 - AUTOPERCEÇÃO E IMPACTO NA INTERVENÇÃO ESTUDO QUALITATIVO PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO (AN/PIAER)

5.1. PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

De acordo com o DSM – 5 (American Psychiatric Association, 2013) as Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) atualmente incluem a Pica, o Mericismo, a Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante / Restritiva, a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e a Ingestão Alimentar Compulsiva. Estas perturbações têm em comum um padrão disfuncional de alimentação ou ingestão com impacto negativo significativo ao nível da saúde física e/ou funcionamento psicossocial devido aos níveis inadequados de consumo ou absorção dos alimentos (American Psychiatric Association, 2013).

No decorrer da história, as PAI foram classificadas, analisadas e referenciadas de acordo com diferentes correntes, abordagens, critérios e interpretações no intuito de entender e intervir de forma eficaz neste tipo de perturbações (Alckmin-Carvalho et al., 2016; Gutiérrez, 2011; P. Hay, 2020).

Apesar dos esforços desenvolvidos pela comunidade científica nos últimos anos, do progresso entretanto alcançado no desenvolvimento de respostas ao nível da prevenção e intervenção nas PAI, a informação e recursos disponíveis são ainda insuficientes para atingir este objetivo de forma satisfatória (Jansen, 2016; Le et al., 2017; Pennesi & Wade, 2016).

Este desafio resulta em parte da dificuldade em claramente identificar e compreender os mecanismos fisiopatológicos implícitos que potenciam a emergência e manutenção das diferentes PAI. A ausência de informação clara que dificulta a seleção / desenvolvimento de modelos de intervenção mais ajustados às necessidades destas populações, condicionando desta forma a sua eficácia (Kan et al., 2020; Treasure et al., 2020; Watson et al., 2019).

Neste sentido, a falta de conhecimento dos fatores de risco específicos para ativação das diferentes PAI, que pode resultar da sobreposição de características comuns nas diferentes perturbações, e o défice de conhecimento ainda existente nesta área, é também condicionante na opção de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas a cada situação (Costa & Melnik, 2016; Kohn, 2016; Solmi et al., 2021).

A literatura referenciou como riscos comuns para a maioria das PAI, um conjunto de circunstâncias /características pessoais, familiares, ambientais e genéticas, com impacto diferenciados em cada tipo específico de PAI (Limburg et al., 2017; Solmi et al., 2021; Watson et al., 2019). Estados depressivos, ansiosos, traços obsessivo-compulsivos associados a sentimentos de ineficácia e sensibilidade interpessoal, dinâmicas e percepções relacionadas com a alimentação, peso e imagem, parecem ser fatores potenciadores com impacto significativo no despoletar da maioria da PAI (Halmi, 2013; Corinna Jacobi et al., 2017; Solmi et al., 2021; Stice et al., 2017).

Questões relacionadas com a percepção, interpretação social e cultural das PAI reforçam as dificuldades no acesso a intervenção adequada nestas problemáticas. Atitudes com base no preconceito de que as perturbações alimentares resultam de uma escolha consciente do indivíduo, com o objetivo de chamar a atenção e sem gravidade real, são experienciadas diariamente por pessoas com PAI. Estas experiências são vividas na interação com a comunidade e por vezes com profissionais implicados na intervenção nesta áreas, o que

intensifica o sofrimento das pessoas com PAI e diminui as probabilidades de adesão ao tratamento (Clement et al., 2021; Solmi et al., 2021; Startup et al., 2021).

5.1.1. A Anorexia Nervosa

Em Portugal a anorexia nervosa é um dos distúrbios alimentares com um aumento significativos de casos nos últimos anos, tendo sido responsável por 4.485 hospitalizações entre 2000 e 2014, nos serviços de saúde públicos portugueses (Cruz et al., 2018).

A Anorexia Nervosa (AN), faz parte do grupo das perturbações da alimentação e da ingestão integradas no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Caracteriza-se por uma restrição voluntária no consumo de energia, tendo em conta as necessidades físicas do organismo, resultando numa diminuição de peso significativa, comparativamente aos valores normais para a idade, sexo e constituição física natural. Esta restrição é acompanhada por um medo intenso de engordar. Este medo decorre de uma perturbação na perceção da imagem e influencia do peso ou forma corporal na autoavaliação e incapacidade de identificação dos riscos deste comportamento para a sua saúde (Costa & Melnik, 2016; Hay et al., 2019; Piñar-Gutiérrez et al., 2021).

Esta perturbação alimentar é definida pela internalização de ideais de aparência e peso que resultam em comportamentos extremos no sentido de alcançar os objetivos definidos. A sobrevalorização do peso e imagem corporal adquire esta dimensão pela fusão destes critérios como indicadores do próprio valor (Beveridge et al., 2019; Halmi, 2013; Hay, 2020; Jacobi et al., 2011).

As perturbações alimentares são condições psiquiátricas, com critérios específicos para diagnóstico clínico. São consideradas graves pelos elevados índices de mortalidade que lhes estão associados, impacto no funcionamento global dos indivíduos e sofrimento causado. A anorexia nervosa é provavelmente umas das mais graves perturbações mentais devido ao impacto dramático na diminuição dos anos com qualidade de vida, considerando as limitações físicas, os riscos de saúde e de suicídio associados a esta patologia (Beveridge et al., 2019; Fisher et al., 2014; Leonidas & Santos, 2017; Watson et al., 2019).

A intervenção com pessoas com AN, apresenta desafios particulares. Envolver os indivíduos no processo terapêutico pode ser particularmente difícil, tendo em conta a dificuldade destes em aceitar a condição de doentes. O apoio social e envolvimento da família assume assim uma dimensão relevante ao ponderar a intervenção com esta população (Beveridge et al., 2019; Costa & Melnik, 2016; Halmi, 2013; Skarbø & Balmbra, 2020; Startup et al., 2021).

A perda de peso nas pessoas com AN resulta principalmente de uma restrição rígida e seletiva da ingestão de alimentos, sendo excluídos da alimentação todos os alimentos passíveis de engordar. Frequentemente esta diminuição da ingestão alimentar é complementada com a prática de exercício físico excessivo, vomito autoinduzido, uso indevido de laxantes ou diuréticos como estratégia para controle de peso (Botha, 2020; Gorwood et al., 2016; Hinrichsen et al., 2013; Moore & Bokor, 2021).

A investigação científica tem desenvolvido esforços no sentido de compreender os fatores associados os despoletar da AN. Os resultados são ainda insuficientes, mas apontam para uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais (Jansen, 2016; Le et al., 2017; Pennesi & Wade, 2016).

Diferentes estudos evidenciam a presença de fatores genéticos específicas relacionadas ao desenvolvimento da anorexia nervosa, demonstrando correlações significativas ao nível da hereditariedade, presença de distúrbios psiquiátricos, atividade física e metabólica, propondo a reconceptualização da anorexia nervosa como um distúrbio metabólico-psiquiátrico. Estes

autores consideram que contemplar esta vertente na intervenção pode ter implicações significativas nos resultados (Alckmin-Carvalho et al., 2016; Fairburn & Harrison, 2003; Gorwood et al., 2016; Watson et al., 2019).

Resultados de diferentes estudos parecem também evidenciar que determinadas características refletem uma predisposição para ativação de PM, como o perfeccionismo, a rigidez e sensibilidade interpessoal e a baixa autoestima, que aparecem de forma consistente nos indivíduos com AN. Este tipo de características favorecem a disciplina e rigor necessário para manter a rigidez alimentar característica da AN. Estas características são comuns a outro tipo de perturbações (depressivas, ansiosas, obsessivo-compulsivas) que frequentemente surgem em comorbidade com a AN ou são favoráveis ao seu aparecimento (Fairburn & Harrison, 2003; Hewitt, 2020; Levinson et al., 2019; Lewis & Cardwell, 2020; Limburg et al., 2017).

As dinâmicas familiares e contextos sociais com discursos, crenças e comportamentos que reforcem ideias ocidentais de beleza e conceitos de imagem física idealizada disfuncionais, são também potenciadores de maior probabilidade de desenvolver anorexia nervosa. As perturbações alimentares podem ocorrer ao longo do percurso de vida, no entanto é mais comum a anorexia nervosa surgir na infância e adolescência (Fairburn & Harrison, 2003; Harrer et al., 2020; Le et al., 2017)

Alguns autores referem que a anorexia nervosa pode também resultar de uma combinação de circunstâncias em está presente a vulnerabilidade à perturbação e mediante eventos em que é sentida uma ausência da capacidade de controlo, essa necessidade emerge como um agente ativador da perturbação (Fairburn & Harrison, 2003; Halmi, 2013; C. Jacobi et al., 2011; Levinson et al., 2019).

Associadas á AN são comuns: sintomas de depressão e ansiedade; irritabilidade; instabilidade de humor; dificuldades ao nível do funcionamento cognitivos e interpessoal (com progressivo isolamento social); diminuição da concentração e capacidade de trabalho; perda de motivação para a realização de atividades anteriormente prazerosas incluindo o desejo sexual (Fairburn & Harrison, 2003; Limburg et al., 2017; Skorek et al., 2014).

O National Institute of Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido recomenda para intervenção na AN a terapia cognitivo-comportamental individual focada nas perturbações alimentares (CBT-ED) e o tratamento de Maudsley, Anorexia Nervosa para Adultos (MANTRA). Para crianças e adolescentes propõe a terapia familiar com foco na anorexia nervosa para crianças e jovens (FT-AN), administrada como terapia familiar única ou uma combinação de terapia familiar única e multifamiliar (Costa & Melnik, 2016; Linardon et al., 2018; Nice, 2017; Startup et al., 2021).

5.1.2. Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 5 mulheres com idades compreendidas entre os 19 anos de idade e os 52 anos de idade com uma média de 38.4 anos. Deste grupo 40% dos participantes é solteiro e 60% casado. 40% das participantes não tinha filhos e 60% tinham 1 ou mais filhos. Do total da amostra 100% concluíram o 12^a ano, 40% tem uma licenciatura e 20% dos participantes tem um mestrado. 60 % das participantes exerce atividade profissional e 40% estão ainda a estudar. Os sintomas tiveram início na adolescência para 60% das participantes e 20% dos participantes tiveram os sintomas na idade adulta. Os primeiros sintomas surgiram entre os 17/18 anos, ou seja, na passagem de adolescente para adulta para em 20% dos participantes.

Tabela 25 Informação Sociodemográfica AN

Itens Anorexia Nervosa	Mulheres	
	N	5
Faixa Etária		100%
18 - 25	2	40%
46 - 55	3	60%
Estado Civil		
Solteiro	2	40%
Casado /UF	3	60%
N de filhos		
0	2	40%
1	1	20%
2 ou mais	2	40%
Nível Educacional		
10 - 12º ano	2	40%
Licenciatura	2	40%
Mestrado	1	20%
Ocupação		
Estudante	2	40%
Exerce Atividade	3	60%
sintomas		
Adolescência	3	60%
Adultos	2	40%
IMC		
14/15	2	40%
15/17	3	60%

5.1.3. Resultados

O contexto familiar de origem estável, com manifestações de afeto e suporte emocional foi a percepção da experiência de vida dos participantes deste grupo. 100% dos participantes caracterizaram as famílias como normais e funcionais, onde por vezes ocorriam alguns conflitos, mas sem situações que causassem medo ou desconforto.

“A nossa família era bastante animada, vivíamos todos perto e passávamos muito tempo juntos com os avós, tios e primos, fazíamos bastantes convívios.” P32

“Fui a última de 6 filhos e os meus pais já não estavam a contar, mas ficaram felizes e tinha sempre um irmão ou irmã para brincar ou estar comigo...” P33

Tabela 26 Contexto e Experiências de Vida AN

Temas Anorexia Nervosa	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			(5)	%	F/R
1. Contexto e experiências de vida	1.1. Dinâmica familiar origem	1.1.1. Estável,	5	100%	14
		1.1.2. Instável			
	1.2. Reação pessoa PM	1.2.1. Aceitação	1	20%	4
		1.2.2. Rejeição	5	100%	8
	1.3. Características Facilitadoras PM	1.3.1. Introversão	5	100%	9
		1.3.2. Baixa autoestima	5	100%	11
		1.3.3. Perfeccionismo	4	80%	6
		1.3.4. Traços ob.Com.	3	60%	3
	1.4. Experiência em meio escolar	1.4.1. Positiva	1	20%	4
		1.4.2. Negativa	4	80%	6
		1.4.3. Vítima de Bullying	4	80%	6
	1.5. Atividade Profissional	1.5.1. Stressante	1	20%	6
		1.5.2. Prazerosa	4	80%	8

Os participantes (100%) referem um relacionamento próximo com os progenitores, mais próximo com a mãe, mas uma boa relação também com o pai. Referem um relacionamento próximo e afetuoso com os irmãos e família alargada.

“Sempre falei de tudo com a minha mãe, ela sempre esteve presente e a minha irmã também...” P2

“Tinha uma relação muito próxima com a minha avó que fazia comidas muito boas...”

Neste grupo não foram identificadas questões relacionadas com PM nos progenitores ou familiares próximos em nenhum dos participantes. A prevalência de características identificadas como facilitadoras de PM é bastante elevada neste grupo de participantes com 100% a indicarem introversão e baixa autoestima, 80% a referirem perfeccionismo e 60% traços obsessivo-compulsivos.

“Sou perfeccionista e tenho alguns traços obsessivos, eu sei, mas sinto necessidade de controlo...” P32

“Gosto que as coisas fiquem bem, o melhor possível, e esforço-me para fazer dessa forma.” P 33

Para 80% dos participantes a experiência em meio escolar foi negativa devido principalmente a questões relacionadas com o bullying.

“Eramos filhas da professora na escola primaria, os colegas conseguiam ser muito cruéis, eramos muito magras e gozavam-nos por causa disso...” P2

“Na escola gozavam muito comigo por ser gordinha e ter sardas, ainda hoje não gosto nada de ver as sardas.” P3

“Gozavam comigo por ser gordinha, diziam que ia ser como a minha mãe...” P8

Ao contrário do ocorrido com os outros grupos, os participantes deste grupo não referiram vivência de eventos de vida particularmente adversos, referiram, no entanto, o contexto / momento em que sentiram ter sido ativada a AN. Os momentos identificados como ativadores da AN incluíram comentários críticos de terceiros, mudanças e coabitação sem autonomia e constatação de alteração de tamanho ao experimentar roupa.

Tabela 27 Impacto vivencia AN

Temas Anorexia	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(5)	%	F/R
2. Impacto da vivencia/experiencia da perturbação	2.1. A Nível Emocional /Cognitivo	2.1.1. Emoção base Raiva	5	100%	14
		2.1.2. Emoção base Tristeza	4	80%	18
		2.1.3. Emoção Base Medo	5	100%	26
		2.1.4. Ideação/tentativa suicídio	4	80%	8
		2.1.5. Ausência prazer A. P.	5	100%	10
		2.1.6. Cognição alterada valor	3	60%	4
		2.1.7. Cognição alterada competência	2	60%	5
		2.1.8. Cognição alterada amada(o)	2	40%	3
		2.1.9. Cognição alterada imagem	5	100%	13
		2.1.10. Ausência Motivação	4	80%	12
		2.1.11. Disc. int negativo critico/exigente	5	100%	10
		2.1.12. Alimentação/desejo/restri/estr.mentira	5	100%	16
		2.1.13. Falta esperança /ajuda/recuperação	3	60%	4
	2.2. A Nível Comportamental/social	2.2.1. Evitante de pessoas/ atividades	5	100%	21
		2.2.2. Reativos emocional agressivos /choro	5	100%	8
		2.2.3. Dific atividade profissional, familiar ou lazer.	4	60%	12
		2.2.4. Dificuldade em se conectar com outros	4	60%	9
		2.2.5. Dificuldade estabelecer amizades	4	60%	10
		2.2.6. Compulsiva restrição/consumo alimentar	5	100%	13
		2.2.7. Comp. Autolesivos purg/exe. Automutilação	5	100%	9
		2.2.8. Alimentação/mentiras/conflicto	4	60%	9

2.3. A	2.3.1. Cansaço/ fraqueza intensa/constante	5	100%	9
Nível	2.3.2. Sensação constante de fome	5	100%	15
Físico	2.3.3. Dores de Cabeça /corpo/desmaios	4	80%	6
	2.3.4. Múltiplos problemas de saúde	4	80%	10
	2.3.5. Elevada perda de peso	5	100%	6
2.4.	2.4.1. Iniciativa Própria	5	100%	5
Procurar	2.4.2. Familiares	3	60%	7
ajuda	2.4.3. Medico Família /outros	1	20%	2

No que se refere a emoções e cognições persistentes e intrusivas após AN, este grupo referiu valores mais elevados (100% dos participantes) para questões relacionadas com as emoções de base medo e raiva, discurso interno crítico, ausência de prazer em atividades anteriormente prazerosas, cognição da imagem física alterada e questões relacionadas com a alimentação. No conjunto de emoções /cognições de base medo (que teve 26 referencias) incluiu-se o medo de engordar, de se sentir mal em publico, de falhar, de se sentir impotente ou falta de controlo e do julgamento crítico de terceiros.

“Só queria ser magra e que me deixassem em paz “P2. “Só pensava eu não quero ser gorda, sempre com fome. “P3. “É um esforço todos os dias, sempre a resistir, lidar com o fato de falhar de não conseguir ...” P8

As emoções de base raiva incluem sentimentos como irritação, revolta e frustração.

“As vezes era uma revolta, uma raiva de ser tudo tão difícil ...” P33

Importa realçar que 80% dos participantes referiram pensamentos persistentes relacionados com ideação suicida, emoção base tristeza e ausência de motivação. Os sentimentos de base tristeza incluem sentimentos de culpa, vergonha, inferioridade, solidão e desespero.

“O que assusta é o medo de não ter força para resistir ao impulso de fazer algo para me magoar...sinto-me uma coisa vazia, uma marioneta das pessoas...por mim não estava aqui, só cá estou por essas pessoas.” P2

“Sentia que não tinha valor, ficava muito deprimida, com pensamentos de suicídio e desespero frequentemente...” P3

“Ao fim de algum tempo, apesar de difícil a sensação de fome dá algum conforto, uma sensação de controlo...” P30

100% dos participantes apresentaram alterações disfuncionais no comportamento como isolamento social, reatividade emocional com oscilações entre agressividade e choro, comportamentos compulsivos da restrição alimentar e comportamentos compensatórios autolesivos (purgativos/exercício em excesso).

“Não gosto de ir a festas, convívios onde tenha que estar com pessoas e comida, é muito desconfortável, as perguntas porque não como, o esforço para não comer porque tenho vontade, mas sei que se comer a culpa que vou sentir a seguir é terrível, e o que vou ter que fazer para me sentir aliviada, exercício, vomitar, ficar mais tempo sem comer, prefiro não ir ...é desgastante,,” P 3

“Estava sempre a pensar na comida, não interessa o que estava a fazer estava sempre lá e as vezes só me apetecia chorar ou tratava mal toda a gente...” P33

Os participantes referiram também a intensidade dos sintomas físicos como difíceis de gerir e dificuldades na realização de tarefas/ atividades rotineiras a nível profissional, familiar ou de lazer. Os sintomas físicos incluíam, cansaço e fraqueza intensa constante, sensação constante de fome, dores de cabeça, no corpo, desmaios, tonturas e mal-estar físico geral.

“Só queria ser magra, não queria as dores de cabeça, de costas, da anca. Não paro de treinar, se o fizer é dramático. Fico com um sentimento de culpa que me consome, estou sempre a pensar nisso, desde que acordo. É um desespero. Faço tudo para emagrecer e não dá...” P2

“Havia dias que não conseguia fazer nada, nem forças tinha para sair da cama...” P 8,

A nível social os participantes referem um impacto também significativo, com as dinâmicas a serem reguladas com base em interações tensas relacionadas com a alimentação, incluindo mentiras e estratégias para não comer (60%) e receio de julgamento ou comparação de terceiros (100%).

“Deixei de ser alegre, cantar, não tinha gosto em sair, não tinha vontade de fazer nada, não queria estar com a família ou pessoas porque ia ter comida, isolei-me da família e respondia mal, tornei-me muito criativa e convincente, mentia muito, já não tinha capacidade, não me apetecia lutar, se morresse não era mal, sem valor ...” P30

Os participantes, principalmente os que foram diagnosticados na adolescência, passaram por um número elevado de intervenções com psicólogos e psiquiatras. Inicialmente foram encaminhados por familiares ou médicos.

Tabela 28 Processo Fatores Promotores Sucesso AN

Temas Anorexia	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(5)	%	F/R
3. O processo terapêutico - percepção do cliente de Fatores promotores de sucesso	3.1. Qualidades pessoais e profissionais do profissional	3.1.1. Empático, disponível/interessado/ouvir	5	100%	12
		3.1.2. Descobertas soluções s/ pressão	1	20%	1
		3.1.3. Rel. securizante, suporte/importa-se.	4	80%	8
		3.1.4. Tem tempo / espaço terapêutico seguro	3	60%	6
		3.1.5. Não julga, ajuda a compreender	5	100%	15
		3.1.6. Informa diagnostico/processo	1	20%	3
		3.1.7. Não desiste, acredita na recuperação	1	20%	3
		3.1.8. Valida/respeita o Cliente	4	80%	9
		3.1.9. Ensina/técnicas/estratégias	4	80%	9
		3.1.10. Negoceia /ajusta intervenção	4	80%	15
	3.2. Fatores relacionados com o cliente	3.2.1. Motivação mudança/ melhorar	3	60%	5
		3.2.2. Confiança terapeuta e processo	4	80%	9
		3.2.3. Capacidades cognitivas	1	20%	2
		3.2.4. Fé /espiritualidade/	2	40%	7
		3.2.5. Procura de ajuda iniciativa do próprio	3	60%	7
		3.2.6. Desejo n/ causar sofrimento familiares	5	100%	15
		3.2.7. Melhoría da sintomatologia	5	100%	8
		3.2.8. Suporte social/ emocional	4	80%	6

Considerando o seu percurso e vulnerabilidades específicas, os participantes nomearam um conjunto de fatores que indicaram como promotores ou inibidores do sucesso da intervenção terapêutica, relacionados com o profissional e com o cliente.

No que se refere ao profissional, 100% dos participantes indicou como fatores promotores de sucesso a capacidade de este ser empático, estar disponível e realmente interessado em ouvir o paciente e não emitir julgamentos. Ser compreensivo e ajudar o cliente a compreender o que esta a acontecer com ele.

“Ouvirem, quererem realmente saber o que se sente, não julgarem ou dizer que é ridículo, ou não faz sentido, respeitarem o meu sofrimento e o que é importante para mim.” P3

“É importante ter um diagnostico, é importante ter um nome, saber o que chamar as coisas, explicar, porque as pessoas não sabem e culpabilizam-se por estarem doentes, acham que escolheram a situação. “P2

“Ela queria entender-me, conhecer-me, foi muito diferente dos outros, queria entender a minha relação com a comida, gostei muito.” P8

“Foi muito importante, nunca me julgou, sempre muito meiga, sentir que não estou a ser julgada, nem um peso, isso ajudou muito. A sensação que não vai desistir de mim...” P2

80% dos participantes consideraram ser também muito importante a competência do técnico em ensinar técnicas /estratégias adequadas á situação do cliente; ter tempo para estar com o cliente num espaço terapêutico seguro; validar, respeitar, reconhecer o sofrimento, capacidades, opinião do cliente e ser capaz de negociar, ajustar a intervenção às necessidades e características específicas do cliente.

“Ela tentava usar a minha realidade, o que eu estava a aprender na faculdade, para me explicar e abordar o tema. O meu grande medo era engordar e o facto de não me ter dito que esse era o objetivo ajudou ou tinha saído de ali a correr” P2

“Foi-me dando estratégias para usar quando ficava pior, foi muito importante “P8

No que se refere ao cliente, 100% dos participantes consideraram como fatores promotores do sucesso do processo terapêutico mais relevantes; o desejo de não causar mais sofrimento aos familiares e a perceção de melhorias na sintomatologia. 80% dos participantes também consideraram relevante a disponibilidade de suporte social/ emocional e confiança no profissional e no processo.

“Quando vi a minha mãe tão mal, percebi que não podia fazer-lhe aquilo. Eles estavam mesmo preocupados e a situação causava-lhes muito sofrimento. “P3

“Não faço nada por mim, faço pela minha mãe, pela minha irmã, pelo meu namorado, sei que é importante para eles eu ficar bem”

“Percebi que estava a causar muito dano á minha família, aos meus filhos, estava a ir longe de mais, por isso decidi procurar ajuda.” P30

Tabela 29 Processo Fatores Inibidores Sucesso AN

Temas Anorexia	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(5)	%	F/R
4. O processo terapêutico Obstáculos / fatores inibidores de sucesso	4.1. Características pessoais e profissionais do	4.1.1. Não disp/s tempo/Interesse ouvir	3	60%	5
		4.1.2. Aplica protocolos ajustar cliente	3	60%	6
		4.1.3. Estratégias inadequadas	3	60%	8
		4.1.4. Não informa Diagnostico /T	2	40%	2
		4.1.5. Medicação, não alternativas	3	60%	5
		4.1.6. Desvaloriza /não valida o cliente	4	80%	6
		4.1.7. Não ensina estratégias ao cliente	2	40%	1
	4.2. Fatores relacionados com o Cliente e principais dificuldades sentidas	4.2.1. Aceitar reconhecer necessidade de ajuda	4	80%	4
		4.2.2. Medo falhar/desiludir (motiv mudança)	2	40%	3
		4.2.3. Procedimentos inadequados (ser pesada)	2	40%	5
		4.2.4. Resistir impulso constante desistir	3	60%	6
		4.2.5. Vantagens AN (Controlo/atenção/elogio)	4	80%	9
		4.2.6. Cansaço extremo /luta interna e externa	3	60%	5
		4.2.7. S esperança/recuperação/terapeuta	3	60%	6
		4.2.8. Inter. imposta/negativa/múltiplas	2	40%	7

As situações de abandono dos processos terapêuticos resultaram da ausência dos fatores considerados relevantes no profissional ou utilização de práticas que causaram sofrimento.

“Fui a vários psiquiatras antes e as experiências não foram muito boas, era só medicação, as consultas foram horríveis” P2

“Fui a vários psicólogos, psiquiatras, não ajudaram muito, ou me davam medicação ou diziam que tinha que comer e isso era a última coisa que eu queria ouvir. Não se preocupavam muito em saber o que eu sentia. Até tive um que me disse que quando eu casasse passava.” P3

Os fatores identificados como mais relevantes para inibição de resultados positivos do processo terapêutico alusivos aos clientes foram a dificuldade em aceitar/reconhecer que estavam doentes e precisavam de ajuda e as vantagens percebidas com a manutenção da AN.

“Eu sei que estou doente, mas eu não acho que eu estou doente” P2

“Quando comecei a perder peso, as pessoas começaram a elogiar-me, a dizer como eu estava bonita, os rapazes a interessarem-se, gostei de me sentir assim, não queria perder isso” P3

“Havia coisas que não conseguia lidar/ não poder fazer as coisas como queria, senti que entre o perfeccionismo e o controlo, era a única coisa que conseguia controlar.” P30

“No início não tinha imagem negativa do corpo, era revolta, a minha forma de protestar, mas ao emagrecer comecei a gostar de me ver mais magra, conseguia vestir outras coisas.” P30

Tabela 30 Estratégias de Coping AN

Temas Anorexia	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			N	%	F/R
5. Estratégias de coping	5.1. Focadas na emoção Adaptativas	5.1.1. Distrativo - Ativi. Trab. estudar	3	60%	6
		5.1.2. Autorregulação - E.S. Esp/Res /med	3	60%	16
		5.1.3. Procura de apoio social Familiar	1	20%	3
		5.1.4. Discurso interno positivo			
	5.2. Focadas na emoção desadaptativas	5.2.1. Evitante-Isolamento/desli/dissociar	5	100%	11
		5.2.2. Distrativo - Fumar /Pornografia			
		5.2.3. Autolesivo-alimentar/físico/Comp.R	5	100%	15
		5.2.4. Reativo emocional(discutir/chorar)	5	100%	9
		5.2.5. Discurso interno negativo	5	100%	13
	5.3. Focadas resolução Problemas	5.3.1. Procurar profissional /tratamento	3	60%	7
		5.3.2. Procurar informação / alternativa	2	40%	5

No decorrer do seu processo terapêutico os participantes usaram estratégias que sentiram como adequadas às suas necessidades para lidar com situações percebidas como ameaçadoras. As estratégias usadas neste grupo foram maioritariamente estratégias de coping desadaptativas. As estratégias de coping focadas na emoção desadaptadas usadas por 100% dos participantes incluíram o isolamento social, praticas autolesivas alimentares/físicas e comportamentais, reatividade emocional e discurso interno negativo.

“Quando estava mal, vomitava e cortava-me, a minha mãe percebia. Usava mangas compridas e não queria que me vissem ou tocassem.” P2

“Eu pesava-me todos os dias, se me obrigavam a comer algo eu contava as calorias e fazia muito exercício a seguir, fazia exercício até desfalecer” P30

“Gostava de ficar em casa porque aí podia controlar, não tinha que ver ninguém que ia ativar comparações e fazer-me sentir mal.” P2

“Ficava tão alterada que tratava mal toda a gente ..” P8

O uso de estratégias de coping focadas na emoção adaptativas, distrativas (trabalhar, estudar, fazer atividades) e de autorregulação (expressar sentimentos, meditação, práticas espirituais) foram usadas por 60% dos participantes. Só 20% dos participantes recorreu a apoio social.

“Gostava de fazer teatro, lá não me sentia mal, não era eu, era um personagem, mas agora nem para isso tenho energia.” P3

“A espiritualidade que encontrei é o que tem ajudado muito, o que ajuda a encontrar o equilíbrio.” P30

“O trabalho ainda me faz sentir que tenho alguma utilidade, por isso trabalho.” P2

“Escrever sobre o que sinto ajudou-me a ver as coisas de outra forma” P33

No que se refere ao uso de estratégias de coping focadas na resolução de problemas, 60% dos participantes procurou ajuda por iniciativa própria e 40% procuraram informação, intervenções alternativas para a AN.

“Percebi que estava a causar sofrimento a muita gente, não conseguia fazer nada. Procurei ajuda sozinha, não queria desiludir ninguém se não conseguisse recuperar, li muito sobre o assunto e procurei alguém para me ajudar.” P30

Tabela 31 Reflexão Alteração de Comportamentos AN

Temas Anorexia	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(5)	%	F/R
6. Reflexão sobre o processo principais alterações	6.1. Perceção de resultados positivos da intervenção terapêutica	6.1.1. Discurso interno Positivo	3	60%	7
		6.1.2. Capacidade de pedir ajuda	5	100%	7
		6.1.3. Autocuidado alívio sintomas	3	60%	8
		6.1.4. Confiança lidar pessoas/situações	3	60%	3
		6.1.5. Aprender estratégias adaptativas	3	60%	9
		6.1.6. Autoaceitação/autoestima saudável	3	60%	6
		6.1.7. Perceção da realidade/crenças	3	60%	5
		6.1.8. Diminuição nível stress interação social	3	60%	5
	6.2. Ausência de resultados positivos da intervenção	6.2.1. Manutenção/agrava comport.sintomas	3	60%	7
		6.2.2. Ref/Manut. estratégias desadaptativas	3	60%	6
		6.2.3. Aumento de resistência á intervenção	3	60%	4
		6.2.4. Ceticismo de resultados positivos	3	60%	7
	6.3. Alteração Perceção/compor. pessoas com PM	6.3.1. Mais compassiva/ compreensiva /atenta	5	100%	18
		6.3.2. Julga menos	5	100%	9
		6.3.3. Desejo ajudar outros	4	80%	13
		6.3.4. Acabar preconceito/ ensinar tema	5	100%	12

A maioria dos participantes (60%) referiram perceção de resultados positivos após intervenção terapêutica na generalidade das situações depois de encontrarem um profissional com quem se identificaram. No que se refere à capacidade de pedir ajuda 100% dos participantes referiu sentir-se mais capaz de o fazer.

“Sei que posso pedir ajuda, é uma pessoa a quem posso ligar” P2

“Comecei a sentir-me mais tranquila, menos ansiosa.” P3

“Aprendi a arrumar o cérebro, não há pensamentos certos ou errados, só pensamentos.”

P2

“Sei como ficar atenta para não voltar ao mesmo” P30

Um percurso com múltiplas intervenções terapêuticas sentidas como inadequadas por parte dos participantes reforçou a manutenção e agravamento de comportamentos e sintomas. Reforçou ainda o recurso a estratégias de coping desadaptativas, aumento de resistência á intervenção e ceticismo de resultados positivos em 60% dos participantes.

“Pesavam-me em todas as consultas, o que me deixava pior, sabia que ia ser pesada e só a ideia daquele número, deixava de comer usava laxantes, vomitava, etc.. aquele número tinha que ser baixo, era cada vez pior. Só quando encontrei uma psiquiatra que me ouviu, percebeu e deixou de me pesar (vou ser sempre grata por isso) é que comecei a melhorar.” P2

100% dos participantes referiram ser mais compassivos e compreensivos com as questões relacionadas com a saúde mental e consideraram ter ocorrido uma diminuição no juízo

crítico negativo em relação a pessoas com PM. O desejo de ajudar outros a lutar com desafios relacionadas com a saúde mental foi manifestado por 80% dos participantes.

“Temos que aprender com o que acontece, mas já que tenho que passar por isto, que sirva para ajudar alguém, para ouvir alguém, dar carinho, atenção.” P2

“Acho que me tornou mais tolerante em relação aos outros, sempre fui muito exigente, perfeccionista, rigorosa, depois percebi que todos temos as nossas fragilidades, que às vezes uma aparência de segurança esconde muitas facetas e fragilidades.” P30

5.2.1. A Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/ Restritiva

A Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva (PIAER) é uma perturbação alimentar que pode desenvolver-se em crianças, adolescentes ou adultos, com critérios específicos de diagnóstico clínico (American Psychiatric Association, 2013; Cooney et al., 2018; Seetharaman & Fields, 2020).

Esta perturbação caracteriza-se por uma diminuição na ingestão alimentar com perda de peso significativa, com deficiência nutricional associada, podendo ser necessário a alimentação enteral ou suplementos orais, com impacto significativo no funcionamento psicossocial dos indivíduos. A reduzida ingestão de alimentos pode resultar de ausência de apetite ou desinteresse pela comida; seleção ou restrição de alimentos devido a questões sensoriais (por exemplo, relacionados ao cheiro, sabor, textura); ou medo das consequências durante ou resultante do consumo de alimentos (como engasgo, vomito e náusea). Esta perturbação não resulta da falta de comida ou práticas culturais ou religiosas (American Psychiatric Association, 2013; Cañas et al., 2021; Seetharaman & Fields, 2020; Zanna et al., 2021).

A PIAER é um diagnóstico comparativamente recente em relação à maioria das PM. A PIAER foi incluída no DSM- 5 em 2013, como uma das Perturbações da Alimentação e da Ingestão, pelo que a investigação nesta área ainda não tem muitas respostas. As pessoas com PIAER caracterizam-se por baixo peso devido à restrição da ingestão alimentar, motivo pelo que esta perturbação pode parecer semelhante à NA. Ambas as perturbação manifestam consequências semelhantes ao nível da saúde física, no entanto, ao contrário do que acontece com as situações de AN, as pessoas com PIAER não apresentam percepção da imagem corporal alterada nem demonstram preocupação com a sua imagem corporal, forma ou peso (Cañas et al., 2021; Katzman et al., 2014; Keery et al., 2019; Seetharaman & Fields, 2020).

Estudos comparativos entre as duas perturbações (AN e PIAER) revelaram que os indivíduos com PIAER são tendencialmente mais jovens, um maior número são do sexo masculino, com um histórico mais longo da perturbação. Este início precoce resulta num impacto significativo no desenvolvimento físico e emocional, em alguns casos igual ou superior ao de pessoas com AN (Bryant-Waugh, 2013; Cañas et al., 2021; Dovey et al., 2016). Os dados do nosso estudo corroboram o exposto se considerarmos, por exemplo, o índice de massa corporal que apresentou valores mais baixos nos participantes com diagnóstico de PIAER, assim como a idade de início da perturbação que nestes participantes foi mais precoce.

A investigação científica nesta área demonstrou também que pessoas com PIAER revelam igual ou maior probabilidade de ter um diagnóstico de perturbação de ansiedade, mas menos probabilidade diagnóstico de depressão do que aqueles com AN (M. M. Fisher et al., 2014; Keery et al., 2019; Nicely et al., 2014; Sieke et al., 2016). A semelhança do apurado nesta área, todos os participantes do nosso estudo com diagnóstico de AN referiram comorbidade com PD, enquanto 100% dos participantes do estudo com diagnóstico de PIAER referiram comorbidade com PA.

Um diagnóstico de PIAER surge frequentemente associado a uma prevalência elevada de comorbidade com perturbações do espectro do autismo, perturbação de hiperatividade e

défice de atenção, perturbação da aprendizagem, perturbação de ansiedade e perturbação obsessivo-compulsiva (Cooney et al., 2018; Kohn, 2016; Seetharaman & Fields, 2020; Zanna et al., 2021)

As recomendações na intervenção referem o uso de terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia baseada na família (FBT) em crianças e adolescentes para uma reabilitação nutricional bem-sucedida e redução de sintomas associados, como a ansiedade. A psicoeducação e terapia de exposição pode facilitar a aceitação das características de certos alimentos (Cooney et al., 2018; M. M. Fisher et al., 2014; Keery et al., 2019; Seetharaman & Fields, 2020).

Os indivíduos com PIAER sofrem das mesmas dificuldades resultantes do estigma e preconceito relacionados com a PM em geral. Para além das dificuldades inerentes ao estigma nestes casos ocorre frequentemente uma incompreensão acrescida da situação, por confusão com a AN, o que causa maior dificuldade no acesso a intervenção adequada (Clement et al., 2021; Nicely et al., 2014; Zanna et al., 2021).

A falta de informação ainda existente em relação a esta perturbação resulta num diagnóstico tardio, e por vezes errado, que pode implicar danos sérios na prestação de cuidados a esta população. A importância de formação a técnicos e pessoal auxiliar revela-se fundamental para garantir a intervenção adequada e atempada nas pessoas com PIAER (Fisher et al., 2014; Katzman et al., 2014; Norris & Katzman, 2015; Seetharaman & Fields, 2020).

No nosso grupo de participantes com PIAER, todos os elementos foram inicialmente diagnosticados com AN e as intervenções ocorreram com base nesse diagnóstico, o que deu origem ao abandono do processo terapêutico em várias situações e demora considerável no acesso a intervenção adequada.

5.2.2. Participantes

Este estudo incluiu 4 mulheres com idades compreendidas entre os 21 os 32 anos de idade com uma média de 25 anos. Dos elementos do grupo 100% dos participantes era solteiro. Nenhum dos elementos do grupo de participantes tinha filhos. Do total de participantes 50% concluíram o 12^a ano e 50% tem uma licenciatura. 100% dos participantes exerce atividade profissional. Os sintomas tiveram início na infância para 75% das participantes e na adolescência para 25% das participantes. As entrevistas realizadas demoraram entre 59 minutos e 120 minutos, tiveram a duração média de 67 minutos.

Tabela 32 Informação Sociodemográfica PIAER

Itens PIAER	Mulheres	
	N 4	100%
Faixa Etária		
18 - 25	3	75%
25 - 35	1	25%
Estado Civil		
Solteiro	4	100%
Nível Educacional		
10 - 12º ano	2	50%
Licenciatura	2	50%
Ocupação		
Exerce Atividade	4	100%
sintomas		
Infância	3	75%
Adolescência	1	25%
IMC		
13/14	2	50%
15/16	2	50%

5.2.3. Resultados

O percurso de vida dos participantes teve início num contexto familiar relativamente instável para 75% dos participantes, que referem questões relacionadas com a saúde mental dos progenitores, todos com diagnósticos de perturbação de ansiedade e /ou depressão como significativamente condicionantes da sua disponibilidade emocional para acompanhamentos dos filhos.

“A minha mãe é muito depressiva, já teve problemas de depressão e ansiedade o que afetou muito, ficava também muito para baixo...” P4

Paralelamente a esta situação, os participantes referem dificuldades na interação e demonstração de afeto, com os progenitores a assumirem uma postura crítica e exigente na interação com os filhos.

“A família sempre foi muito exigente e sinto sempre que nunca faço o suficiente...” P31

“Queriam que eu fosse melhor, acho sempre que nunca é suficiente, nunca sou o suficiente...” P1

Tabela 33 Contexto e Experiência de Vida PIAER

Temas PIAER	Subtemas	Temas Especificos	Participantes			
			(N 4)	%	F/R	
1. Contexto e experiências de vida	1.1. Dinâmica familiar origem	1.1.1. Estável,	1	25%	2	
		1.1.2. Instável	3	75%	5	
	1.2. PM País FP	1.2.1. Depressão /Ansiedade	4	100%	5	
		1.2.2. Alcoolismo	1	25%	3	
	1.3. Reação pessoa PM	1.3.1. Aceitação	4	100%	12	
		1.3.2. Rejeição				
	1.4. Características Facilitadoras PM	1.4.1. Introversão	4	100%	10	
		1.4.2. Baixa autoestima	4	100%	15	
	1.5. Experiência em meio escolar	1.5.3. Vítima de Bullying	1.4.3. Perfeccionismo	4	100%	7
			1.5.1. Positiva	2	50%	4
			1.5.2. Negativa	3	75%	4
	1.6. Eventos Adversos	1.6.4. Pais exigentes/críticos	1.6.1. S/ stress int c/s/ vomito	4	100%	9
			1.6.2. Alimentação F./vomito	3	75%	8
			1.6.3. Ansiedade Precoce	4	100%	6
			1.6.4. Pais exigentes/críticos	4	100%	7
1.7. Atividade Profissional	1.7.3. Alívio de Sintomas	1.7.1. Stressante	1	25%	2	
		1.7.2. Prazerosa	3	75%	6	
		1.7.3. Alívio de Sintomas	4	100%	7	

No seu percurso de vida 100% os participantes assistiram a várias situações de rejeição, desvalorização ou de reprovação, em relação a pessoas com perturbação mental, tendo eles próprios sido vítima desse tipo de situações.

“Os pais criticam muito porque acham que eu estou assim porque não tenho força de vontade.” P31

“A sociedade é muito recriminatória para quem tem problemas mentais e alimentação. As pessoas não se preocupam em perceber.” P1

“Gostava que este assunto não fosse um tabu tão grande e as pessoas não precisarem de se sentir culpados por serem doentes e ansiosos, até porque não é uma escolha...” P4

“As pessoas têm medo de falar...um colega ia perguntar e a namorada não deixou, as pessoas têm medo, preconceito e ninguém fala sobre isso, se falassem ia ajudar...” P1

100% dos participantes referiram ser introvertidos, com baixa autoestima e perfeccionistas. Embora a experiência escolar tenha sido percecionada como negativa para 75% dos participantes nenhum referiu ter sido vítima de bullying.

“tenho sempre um sentimento que tenho que fazer tudo bem, que nada pode falhar, isso ativa muita ansiedade a todos os níveis...” P4

“Sempre fui muito insegura, acho que não sou boa o suficiente, nunca me senti orgulhosa de nada que fiz...” P1

A totalidade dos participantes referiu eventos adversos traumáticos na infância/adolescência com sensação de vomito durante o evento stressante. Informam também ter manifestado sintomas de ansiedade numa idade precoce.

“No infantário obrigavam-me a comer, ficava sempre muito desconfortável, uma vez vomitei a frente de todos, foi horrível...” P24

“Em casa a hora das refeições era horrível, sempre a verem o que punha no prato, não tenho uma única memória agradável com comida...” P1

“Tive uma crise de ansiedade na escola, íamos ter um exame e vomitei tudo... sabia que nunca mais ia conseguir comer à frente dos outros...” P31

No que se refere à situação profissional 75% dos participantes considera a atividade profissional prazerosa e 100% indicam ser muito eficaz para a redução de sintomas.

“Não ter trabalho era muito difícil, no trabalho distraia-me...” P24

“Sei que sou boa no que faço a nível profissional e acabo por orientar para aí as energias porque é onde me sinto reconhecida...” P31

Tabela 34 Impacto da Vivencia PIAER

Temas PIAER	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(4)	%	F/R
2. Impacto da vivencia/experiencia da perturbação	2.1. A Nível Emocional /Cognitivo	2.1.1. Emoção base Raiva	3	75%	6
		2.1.2. Emoção base Tristeza	3	75%	3
		2.1.3. Emoção Base Medo	4	100%	64
		2.1.4. Ideação/tentativa suicídio	1	25%	2
		2.1.5. Ausência prazer A. P.	3	75%	5
		2.1.6. Cognição alterada valor	4	100%	10
		2.1.7. Cognição alterada competência	3	75%	7
		2.1.8. Cognição alterada amada(o)	3	75%	6
		2.1.9. Perceção adequada do corpo	4	100%	6
		2.1.10. Ausência Motivação	3	75%	6
		2.1.11. Disc. int negativo critico/exigente	4	100%	11
		2.1.12. Associa comida situação desagradável	3	75%	4
	2.2. A Nível Comportamento Social	2.2.1. Evitante de pessoas/ atividades	4	100%	29
		2.2.2. Reativos emocional agressivos /choro	4	100%	7
		2.2.3. Dif. Ativ. profissional, familiar lazer.	4	100%	6
		2.2.4. Dificuldade em se conectar com outros	4	100%	9
		2.2.5. Dificuldade estabelecer amizades	4	100%	10
		2.2.6. Dificuldade de sair sozinho	4	100%	9
	2.3. A Nível Físico	2.3.1. Cansaço/ fraqueza intensa/constante	4	100%	7
		2.3.2. Sono alter. (hipersónia e/ou insónia)	4	100%	5
		2.3.3. Dores de Cabeça /corpo	4	100%	8
		2.3.4. Múltiplos problemas de saúde	4	100%	5
		2.3.5. Sintomas físicos ansiedade	4	100%	10
		2.3.6. Elevada Perda de Peso	4	100%	5
		2.3.7. Incapacidade física comer	4	100%	12
	2.4. Procurar ajuda	2.4.1. Iniciativa Própria	4	100%	4
		2.4.2. Familiares	3	100%	3
		2.4.3. Medico Família /outros	2	50%	2

No decorrer da vivencia das dificuldades inerentes à PIAER, os participantes referem como mais relevantes as emoções/ cognições de base medo que incluem medo de se sentir mal e não ter ajuda, medo do julgamento crítico de terceiros, de lhe perguntarem porque não come, de morrer ou ter problemas de saúde, de não conseguir engordar, de não conseguir fazer tudo bem e falhar, sensação intensa e stress e ansiedade, entre outros.

“Sentia-me mal, insegura, só pensava o que os outros iam pensar, tinha medo de comer porque sentia que ia vomitar, mas se não comer todos vão perguntar porque não como...” P24

“Estava cada vez pior, não percebia o que estava a acontecer e tinha muito medo de morrer” P4

“Tinha muito medo de falhar, queria agradar a todos, não queria desiludir ninguém.” P1

Os participantes referiram ainda um índice elevado na frequência de respostas no que se refere ao discurso interno negativo (crítico exigente), cognição alterada em relação ao seu valor e sensação intensa de ansiedade /stress para 100% dos participantes.

“Acho que nunca ninguém vai gostar de mim se realmente me conhecer, ninguém se importa verdadeiramente comigo...” P31

“Tenho medo que o meu namorado me deixe, acho que não sou boa o suficiente, não acredito que seja e não percebo como ele pode acreditar...” P 1

100% dos participantes referiu alterações comportamentais em todas as áreas de interação social. A frequência de respostas mais elevadas refere-se ao esforço de evitar pessoas e atividades.

“Evito estar com as pessoas para não ter que explicar. Tenho medo do que pensem, do que digam ou que tenham pena de mim...” P31

“Tenho medo de sair com os meus amigos, não vou conseguir comer e posso, tenho medo de me sentir mal e do que as pessoas vão pensar” P24

No que se refere a sintomas físicos, 100% dos participantes referiu a presença de múltiplas dificuldades e limitações sentidas com bastante intensidade. Cansaço físico, fraqueza intensa constante, padrão de sono alterado (hipersónia e/ou insónia) dores e múltiplos problemas de saúde, sintomas físicos de ansiedade, elevada perda de peso e incapacidade física de comer.

“Houve alturas em que devido à ansiedade e estar tão fraca tinha muito medo de sair de casa, porque tinha medo de me sentir mal e não ter ninguém para ajudar” P4

“Sentia-me tão fraca e tão cansada que nem conseguia ir à faculdade...” P24

Atendendo ao aparecimento precoce de sintomas, os participantes deste grupo tiveram acompanhamento em diferentes respostas de saúde e contacto com vários terapeutas. 100% dos participantes tiveram múltiplos acompanhamentos com psicólogos e psiquiatras.

No decorrer do processo 75% dos participantes foi inicialmente encaminhado para apoio por familiares e médicos, no entanto na idade adulta todas procuraram ajuda por iniciativa própria.

Tabela 35 Fatores Promotores de Sucesso PIAER

Temas PIAER	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			(4)	%	F/R
3. O processo terapêutico - percepção do cliente de Fatores promotores de sucesso	3.1. Qualidades pessoais e profissionais do profissional	3.1.1. Empático, disponível/interessado/ouvir	4	100%	7
		3.1.2. Rel. securizante, suporte/importa-se.	4	100%	6
		3.1.3. Tem tempo / espaço terapêutico seguro	4	100%	10
		3.1.4. Não julga/compr. ajuda compreender	4	100%	11
		3.1.5. Informa diagnostico/processo	4	100%	6
		3.1.6 Valida/respeita o Cliente	4	100%	7
		3.1.7. Experiência e conhecimento na área	3	75%	5
		3.1.8. Ensina/técnicas/estratégias	4	100%	6
		3.1.9. Negoceia /ajusta intervenção	4	100%	8
		3.1.10. Encaminha resposta mais adequada	4	100%	5
	3.2. Fatores relacionados com o cliente	3.2.1. Motivação mudança/ desejo melhorar	4	100%	7
		3.2.2. Fé /espiritualidade/	3	75%	5
		3.2.3. Procura de ajuda iniciativa do próprio	4	100%	7
		3.2.4. Melhoria da sintomatologia	3	75%	6
		3.2.5. Suporte social/ emocional	3	75%	4

Com base na sua experiência e percurso de vida as participantes sinalizaram um conjunto de características que entenderam ser relevantes na promoção ou inibição do sucesso dos processos terapêuticos, relacionadas com os profissionais e com o cliente.

100% dos participantes do estudo identificaram competências interpessoais do profissional e dinâmicas relativas à aplicação de procedimentos na intervenção psicoterapêutica como fundamentais para promoção do sucesso da intervenção. As competências dos profissionais referem-se à capacidade de demonstrar empatia, interesse e disponibilidade, atitude de aceitação sem julgamento, validação e reconhecimentos de capacidades do cliente e construção de relação securizante.

“Senti muita ansiedade, mas ela parecia muito relaxada, sorria como os outros não, estava mesmo ali disponível, então deixei-me ir...” P4

“Os médicos que ajudaram queriam compreender, ajudaram a lidar com a situação e não a julgar-me, mas ajudar a acalmar para aumentar de peso naturalmente, davam-me tempo. Não me apressavam” P1

“É importante explicar as coisas e não fazer as pessoas sentirem que os seus medos são estúpidos, fazem-nos pensar isso, na expressão e nas palavras” P4

No que se refere a dinâmicas da intervenção, 100% dos participantes referiram como essencial a partilha de informação sobre diagnóstico e processo, a negociação de objetivos com o cliente e ajuste da intervenção às suas necessidades, a partilha e ensino de estratégias adequadas às dificuldades do cliente e ao encaminhamento para profissional adequado quando não é especialista área.

“Sentia-me tão mal com a ansiedade, se me tivessem explicado como era, o que acontecia, não tinha pensado que era algo que eu estava a fazer mal e que a culpa era minha” P4

“A primeira medica que me atendeu, não tinha muito conhecimento, mas podia ter-me encaminhado para alguém que me ajudasse “P24

“Eu ficava tão nervosa antes das consultas, com tanto medo de não ter engordado que emagrecia, só a ideia que me iam pesar, deixava-me tão nervosa. Até que uma medica me ouviu e deixou de me pesar, fez toda a diferença, já não fico tão nervosa e consegui aumentar de peso”



Os participantes referiram que a ausência das características referidas dificulta o envolvimento do cliente no processo e promove o abandono do processo terapêutico.

“Fui a uma medica, não explorou porque é que eu não conseguia comer, achou que era por questões de imagem. E nem tentou ouvir, não quis realmente saber. Não voltei lá...” P4

“Fui a uma medica, não sei se era especialista, falávamos e dizia para eu ter pensamento positivo, deixei de ir...” P24

No se refere a características inerentes ao cliente, 100% dos participantes salientaram motivação do cliente para a mudança e o seu desejo de melhorar, assim como ser iniciativa do próprio este pedido de ajuda. 75% dos participantes salvaguardaram a importância da fé e espiritualidade das pessoas, a melhoria da sintomatologia e a disponibilidade de suporte social/emocional.

“O que me fez continuar foi agarrar-me a minha verdade, se os outros não compreendem eu não tenho culpa, agarrar-me a mim, ao meu querer melhorar e tentar que me ajudassem.” P4

“Sempre que saia de lá sentia-me melhor, então queria continuar a ir...” P24

Tabela 36 Processo Fatores Inibidores de Sucesso PIAER

Temas PIAER	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			(4)	%	F/R
4. O processo terapêutico Obstáculos / fatores inibidores de sucesso	4.1. Características pessoais e profissionais do profissional	4.1.1 Sem formação/conhecimento	4	100%	7
		4.1.2. Não disp/s tempo/Interesse ouvir	4	100%	6
		4.1.3. Não negoceia objetivos tarefas	4	100%	8
		4.1.4. Aplica protocolos ajustar cliente	4	100%	9
		4.1.5. Estratégias inadequadas	4	100%	6
		4.1.6. Não informa Diagnostico /T	4	100%	5
		4.1.7. Medicação, não alternativas	4	100%	5
		4.1.8. Desvaloriza /não valida o cliente	4	100%	8
		4.1.9. Não ensina estratégias ao cliente	4	100%	7
		4.1.10. Diagnóstico Errado	4	100%	5
	4.2. Fatores relacionados com o Cliente e principais dificuldades sentidas	4.2.1. Não se identificar respostas	4	100%	7
		4.2.2. Procedimentos Inadequados	4	100%	6
		4.2.3. Eventos de vida Adversos	4	100%	7
		4.2.4. Múltiplas intervenções/ negativa	4	100%	6
		4.2.5. Comorbilidade outras PM	4	100%	7

No que se refere a fatores inibidores do sucesso da intervenção terapêutica relativamente ao profissional, 100% dos participantes referiram a ausência de competências interpessoais do profissional que possibilite a criação de uma relação de confiança e suporte com o terapeuta e não envolver o cliente no seu próprio processo terapêutico ao não informar, negociar e adequar a intervenção às características particulares da pessoa.

“Tive bons médicos, mas há médicos que não dão valor, não se empenham em ajudar.” P1.

“Fui a um medico porque tinha muitos medos, e ele esfregava-me as coisas na cara. Eu disse que não estava confortável com aquela abordagem, mas ele não quis saber, não fui mais...” P4

Nas questões relacionadas com o cliente, 100% dos participantes referiram que a não identificação com as respostas disponíveis, a percepção de procedimentos como inadequados, a experiência previa de múltiplas intervenções negativas, a comorbilidade outras PM e a ocorrência de eventos de vida adversos constituem obstáculos significativos ao sucesso da intervenção terapêutica.

“A falta de compreensão, de respostas, era tudo uma incógnita, ninguém me compreendia ou ajudava, as pessoas a julgarem que eu é que queria estar assim, se estava a pedir ajuda era porque não queria estar assim.” P4.

“Algumas situações tornam muito difícil, fui internada porque estava mal, e o pessoal e alguns enfermeiros faziam comentários críticos, por acharem que eu não queria engordar (achas-te assim tão gorda?) e coisas assim. Eu sabia que estava magra e não era isso o que eu queria, provocava muito sofrimento e só me apetecia desistir de tudo.” P1.

Tabela 37 Estratégias de Coping PIAER

Temas PIAER	Subtemas	Temas Especificos	Participantes		
			N	%	F/R
5. Estratégias de coping	5.1. Focadas na emoção Adaptativas	5.1.1. Distrativo - Ativi. Trab. estudar	4	100%	13
		5.1.2. Autorregulação - E.S. Esp/Res /med	4	100%	14
		5.1.3. Procura de apoio social Familiar	4	100%	8
		5.1.4. Discurso interno positivo	2	50%	6
	5.2. Focadas na emoção desadaptativas	5.2.1. Evitante-Isolamento/desli/dissociar	4	100%	12
		5.2.2. Distrativo - Fumar /Pornografia			
		5.2.3. Autolesivo-alimentar/físico/Comp.R			
		5.2.4. Reativo emocional(discutir/chorar)	3	75%	4
		5.2.5. Discurso interno negativo	4	100%	6
	5.3. Focadas resolução Problemas	5.3.1. Procurar profissional /tratamento	4	100%	6
		5.3.2. Procurar informação / alternativa	2	50%	2

No esforço de compensar o mal-estar causado pelas situações indutoras de stress, os participantes recorreram a diferentes estratégias de coping. 100% dos participantes recorreram a um elevado número de estratégias de coping focadas na emoção adaptativas, nomeadamente; distrativas (ouvir música, sair, fazer atividades desportivas, dança, etc.); de autorregulação (exercícios respiratórios, Tai chi, meditar, etc..) e procura de apoio familiar e de amigos. 50% dos participantes recorreram ao discurso interno positivo, com afirmações, reavaliação e reconstruções positivas dos pensamentos.

“Ouvia música relaxante, concentrava-me na respiração ...” P24

“Se sentia que ia vomitar, tentava pensar noutras coisas, incentivava-me a mim própria a melhorar “P1

“Tentava respirar, concentrar-me em outras coisas, ver filmes ou ler...” P31

“Aprendi a meditar e fazer Tai chi, o Tai Chi ajuda-me a controlar a mente...”

Em alguns momentos mais difíceis da perturbação 100% dos participantes recorreram a estratégias cognitivas focadas na emoção desadaptativas, como o isolamento social e o discurso interno negativo, 75% dos participantes referiram recurso a comportamentos reativos emocionais (chorar ou ser mais agressivos).

“Havia alturas em que não queria fazer nada, nem ver ninguém, só ficar sozinha, se me falavam explodia ou chorava...” P31

As estratégias de coping focadas na resolução de problemas foram usadas por 100% dos participantes que procuraram ajuda profissional e respostas alternativas.

“Queria ficar melhor, por isso procurei ajuda, fui fazer Reiki, procurei outros médicos” P4.

“Sabia que precisava de ajuda, que não estava bem, só tinha 16 anos, mas fui eu que pedi ajuda” P1

Tabela 38 Reflexão Alteração de Comportamentos PIAER

Temas PIAER	Subtemas	Temas Específicos	Participantes		
			(4)	%	F/R
6. Reflexão sobre o processo principais alterações	6.1. Percepção de resultados positivos da Intervenção terapêutica	6.1.1. Discurso interno Positivo	2	50%	4
		6.1.2. Capacidade de pedir ajuda	4	100%	9
		6.1.3. Autocuidado alívio sintomas	4	100%	12
		6.1.4. Confiança lidar pessoas/situações	2	50%	3
		6.1.5. Aprender estratégias adaptativas	2	50%	6
		6.1.6. Autoaceitação/autoestima saudável	3	75%	8
		6.1.7. Percepção/interp. realidade/crenças	3	75%	5
		6.1.8. Menor stress /impor. Julgamento outro	3	75%	7
	6.2. Ausência de resultados positivos da intervenção	6.2.1. M/agrav. comp. sintomas	4	100%	4
		6.2.2. Reforço/m. estratégias desadaptativas	4	100%	3
		6.2.3. Aumento de resistência á intervenção	4	100%	5
		6.2.4. Ceticismo de resultados positivos	4	100%	4
		6.2.5. Abandonar a intervenção	4	100%	4
	6.3. Alteração Percepção/compor. pessoas com PM	6.3.1. Mais compassiva/ compreensiva / atenta	4	100%	5
		6.3.2. Julga menos	3	75%	5
		6.3.3. Desejo ajudar outros	2	50%	3
		6.3.4. Acabar preconceito/ ensinar tema	4	100%	7

Embora os participantes tenham referido experiências prévias negativas, atualmente todas estavam estáveis e referiram resultados positivos após intervenção terapêutica. 100% dos participantes referiram percepção de resultados positivos ao nível de autocuidado com alívio de sintomas e capacidade de pedir ajuda e 75% mencionaram melhorias ao nível da promoção e autoaceitação/autoestima saudável, da percepção interpretação mais adequada da realidade/crenças, menor stress na interação social e impacto do julgamento de terceiros.

“Teve impacto, teve impacto positivo de me sentir mais confortável com os outros, trabalhar a timidez, não ligar ao que os outros pensam e isso mudou, sinto-me mais á vontade com as pessoas de dizer o que penso, isso ajudou-me muito.” P24

“Mudou muito a forma como lido com a ansiedade, antes ficava completamente bloqueada, agora tento perceber o que está a despoletar na cabeça porque sei que é dai que vem” P4

“Estou mais estável, sei lidar melhor com o problema” P1

100% dos participantes reforçaram que percursos com várias intervenções terapêuticas desadequadas às necessidades dos clientes reforçam a manutenção, agravamento de comportamentos e sintomas, recurso a estratégias de coping desadaptativas, aumento de resistência á intervenção e ceticismo de resultados positivos.

“Era bom as pessoas terem mais formação, saberem lidar com as outras para não prejudicarem” P4

“Seria bom não generalizar, porque ao fazê-lo estão a magoar mais do que ajudar” P1

As dificuldades e sofrimentos vivenciados pela PIAER, tiveram impacto na percepção dos participantes do estudo em relação à PM e as pessoas com PM. 100% dos participantes referiu maior compreensão e compaixão pelo sofrimento de terceiros, 75% referiram alterações ao nível do julgamento de terceiros e 50% manifestou o desejo de ajudar a diminuir o sofrimento relacionado com a vivência de PM.

“Fez com que tentasse perceber mais os outros, como são e como se sentem. Como senti na pele como é ser criticada e julgada por situações que as pessoas não entendem, penso bem antes de falar e tento pôr-me no lugar do outro.” P1

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

6.1. DISCUSSÃO GLOBAL DOS RESULTADOS

Considerando os objetivos do projeto de investigação, procedemos á discussão dos resultados com base na análise das informações recolhidas para as perturbações de ansiedade, depressivas, para as situações de comorbidade de ambas e para as perturbações alimentares (AN e PIAER).

Tabela 39 Caracterização Sociodemográfica Geral

Itens Participantes	Homens		Mulheres		Total	
	N 8	24%	N 25	76%	N 33	100%
Faixa Etária						
18 - 25	3	9%	2	6%	5	15%
26 - 35	2	6%	10	30%	12	36%
36 - 45	1	3%	3	12%	4	15%
46 - 55	1	3%	5	15%	6	18%
56 - 70	1	3%	5	15%	6	18%
Estado Civil						
Solteiro	4	12%	8	24%	12	36%
Casado /UF	4	12%	14	42%	18	55%
Divorciado			2	6%	2	6%
N de filhos						
0	5	15%	11	33%	16	48%
1			4	12%	4	12%
2 ou mais	3	9%	10	30%	13	39%
Nível Educacional						
0 - 4º ano			1	3%	1	3%
7 - 9º ano	1	3%	1	3%	2	6%
10 - 12º ano	3	9%	7	21%	10	30%
Licenciatura	3	9%	14	42%	17	52%
Mestrado	1	1%	2	6%	3	9%
Ocupação						
Estudante	1	3%	2	6%	3	9%
Exerce Atividade	7	21%	17	52%	24	73%
Não exerce atividade			4	12%	4	12%
Reformada			2	6%	2	6%
Diagnóstico						
Depressão			6	18%	6	18%
Ansiedade	3	9%	4	12%	7	21%
Ansiedade/Depressão	5	15%	6	18%	11	33%
PIAER			4	12%	4	12%
Anorexia Nervosa			5	15%	5	15%
Sintomas						
Infância			3	9%	3	9%
Adolescência	6	18%	11	33%	18	54%
Adultos	2	6%	9	27%	11	33%

No estudo participaram um total de 33 participantes, 8 homens e 25 mulheres. Os nossos resultados, estão alinhados com a tendência observada em outros estudos, sobressaindo a ocorrência deste tipo de perturbações com mais frequência em mulheres (WHO, 2018) que na nossa amostra se revelou com maior intensidade nas PD, AN e PIAER. Esta tendência pode

resultar de situações de maior vulnerabilidade e risco a que o género feminino é frequentemente exposto, que acrescido o impacto negativo no funcionamento familiar, social e profissional que a vivência de PM implica, reforçam as questões relacionadas com a desigualdade de género ao contribuir para a manutenção de situações de dependência e vulnerabilidade das mulheres (Chyczij et al., 2020a; DGS et al., 2017; Saúde, 2017). Nos grupos da PA e comorbilidade PA/D essa tendência embora presente, não foi tão sentida, sendo o número de homens e mulheres que participaram no estudo bastante equilibrado.

A distribuição dos participantes foi bastante equilibrada pelas várias faixas etárias no total da amostra, no entanto a sua divisão por diagnóstico foi mais diferenciada. Nas PA/D e PD participaram pessoas entre os 18 e os 70 anos de idade, enquanto no grupo de PA todos os participantes tinham menos de 45 anos, dos quais os homens tinham no máximo até 25 anos. Já o grupo de AN subdividiu-se em dois polos, entre 45 e 55 anos e dos 18 até aos 25 anos. Os participantes do grupo com PIAER na sua maioria tinham menos de 26 anos, com só um elemento na faixa dos 35.

Embora a dimensão da nossa amostra seja muito reduzida, quer no seu total, quer por diagnóstico, para ser possível extrapolar resultados, a distribuição dos participantes com diferentes diagnósticos por faixas etárias pode corroborar resultados obtidos em outros estudos que sugerem uma maior permanência de determinadas perturbações (AN, PD, PA/D) ao longo do percurso de vida (Chyczij et al., 2020b; Cruz et al., 2018; Saveanu & Nemeroff, 2012; Verduijn et al., 2015). Apesar do referido, a ausência de participantes mais velhos no grupo de PIER, pode simplesmente refletir o desconhecimento que ainda persiste em relação a esta perturbação alimentar pela sua recente inclusão no DSM V, que resulta, por um lado, na falha de atribuição do diagnóstico correto a indivíduos sintomáticos, e, por outro lado, na necessidade de realização de estudos que possam ajudar-nos a entender melhor a sua evolução (Cañas et al., 2021; Cooney et al., 2018; Zanna et al., 2021).

Tabela 40 Contexto e Experiência de Vida Geral

Temas	Subtemas	Temas Especificos	Participantes				
			A 7	D 6	A/D11	AN 5	PIAE 4
1. Contexto e experiências de vida	1.1. Dinâmica familiar origem	1.1.1. Estável,	14%	33%	36%	100%	25%
		1.1.2. Instável	86%	67%	64%		75%
	1.2. PM Pais FP	1.2.1. Depressão/Ansiedade	100%	100%	100%		100%
		1.2.2. Alcoolismo/Drogas	14%	67%			25%
	1.3. Reação pessoa PM	1.3.1. Aceitação	29%	17%	27%	20%	
		1.3.2. Rejeição	100%	100%	100%	100%	100%
	1.4. Características Facilitadoras PM	1.4.1. Introversão	71%	50%	82%	100%	100%
		1.4.2. Baixa autoestima	100%	50%	82%	100%	100%
		1.4.3. Perfeccionismo	57%		55%	60%	75%
		1.4.4. Traços ob.Com.			9%	60%	
	1.5. Experiência em meio escolar	1.5.1. Positiva	29%	50%	18%	20%	50%
		1.5.2. Negativa	71%	83%	45%	80%	75%
		1.5.3. Vítima de Bullying	57%	9%	55%	80%	
	1.6. Eventos Adversos	1.6.1. Sem referência espc.				100%	
1.6.2. Ocorrência Múltiplos		100%	100%	100%		100%	
1.7. Atividade Profissional	1.7.1. Stressante		83%	82%	60%	25%	
	1.7.2. Prazerosa		50%	45%	60%	75%	
	1.7.3. Conflitos com colegas			18%			
	1.7.4. Alívio sintomas					100%	

A maior parte dos participantes do estudo é casada (55%), tem 1 ou mais filhos (52%), concluíram o ensino universitário (52%) e 73% exerce atividade profissional. No que se refere à idade em que surgem os primeiros sintomas, no total da amostra, 63% das situações indicam a infância ou adolescência.

Uma análise por diagnóstico realça valores indicadores que a adolescência e o início da idade adulta são os momentos mais frequentes de ativação das PA, PA/D, e AN no nosso estudo (Baudinet et al., 2021; Ströhle et al., 2018). Na PD os resultados indicam um maior número de situações com ativação de sintomas no início da idade adulta, enquanto na PIAER 75% dos participantes manifestaram sintomas logo na infância (Brigham et al., 2018; Cooney et al., 2018; Seetharaman & Fields, 2020). Estas características podem ser relevantes para um diagnóstico precoce das situações potenciando uma intervenção mais ajustada e atempada.

O contexto familiar da maioria dos participantes do nosso estudo foi descrito pelos próprios como instável, com diferentes perceções para cada grupo. Os grupos com PD e PA/D indicaram valores semelhantes de instabilidade (67% e 64%), enquanto os grupos com PIAER e PA indicaram os valores mais elevados de instabilidade (75% e 86%) no que se refere à dinâmica familiar.

A perceção dos participantes quando aos motivos potenciadores destas dinâmicas disfuncionais revelam aspetos em comum e diferenciadores entre os grupos. Os Ps dos Grupos de PA, PD e PA/D referem em comum situações de violência doméstica, divorcio ou situações de conflito dos pais, relacionamentos afetivos abusivos dos progenitores com outras pessoas, ausência de um dos progenitores e pais negligentes na prestação de cuidados e proteção dos filhos como fatores promotores da instabilidade familiar experienciada.

Esta conjugação de fatores, identificados na literatura como fatores de risco familiares para o desenvolvimento de perturbação mental, estão em consonância com os resultados de vários estudos que sustentam o conceito de que o ambiente familiar é um dos principais determinantes da saúde mental, considerando o seu impacto no desenvolvimento da criança (Bullock et al., 2021; Mueller & Tronick, 2019; Roostin, 2018; Wille et al., 2008).

Como aspetos diferenciadores o grupo PA indicou as dificuldades económicas constantes e alterações frequentes de residência do agregado familiar, com implicações culturais significativas, como aspetos potenciadores da instabilidade do agregado familiar e percecionado por eles como ativadores de estados de ansiedade. (Compton & Shim, 2015; Suglia et al., 2011; Taylor & Edwards, 2012).

Um indicador de risco elevado para o desenvolvimento de PM na idade adulta é a manifestação de algum tipo de PM num dos progenitores durante a infância/adolescência (Compton & Shim, 2015; Craske et al., 2017; Fullana et al., 2020; Pinto et al., 2014). Os participantes do nosso estudo com diagnóstico clínico de PA, PD, PA/D e PIAER todos referiram a ocorrência de perturbações de ansiedade e/ou depressão em pelo menos um dos progenitores, e em várias situações em ambos os progenitores. No grupo de PD, 67% dos participantes indicaram ainda o consumo abusivo de substâncias aditivas (álcool ou drogas) por um dos progenitores.

Os Participantes referem a saúde mental dos progenitores como particularmente impactante na disfuncionalidade das suas dinâmicas familiares pela forma como influenciam a capacidade dos progenitores no desempenho das suas funções parentais, e a qualidade das dinâmicas relacionais por eles promovidas (Oliva et al., 2021; Ullman & Brecklin, 2002; Wille et al., 2008). Os participantes do grupo PIAER realçaram a sua perceção da forte influência desta dimensão na instabilidade experienciada nos seus agregados familiares, com impacto relevante na ativação da sua PM.

À semelhança do que tem sido demonstrado em outros trabalhos de investigação, os nossos dados revelam que dificuldades nas dinâmicas relacionais entre pais e filhos (e entre irmãos) e défices ao nível das competências parentais têm impacto negativo significativo no desenvolvimento dos indivíduos com prejuízo para a sua saúde mental (Caridade et al., 2018; Garcia et al., 2021; Ko et al., 2019).

Na interação com os progenitores, a maioria dos participantes dos grupos com diagnósticos clínicos de PA, PD, PA/D e PIAER referiram uma postura crítica da parte destes no que se refere ao seu desempenho e qualidades assim como dificuldades na demonstração de afetos e suporte emocional (Hong et al., 2017; Shute et al., 2019). Os participantes descrevem este tipo de interação disfuncional como causadora de sofrimento intenso e promotora de estados de ansiedade que reconheceram ter contribuído para o agravamento do seu estado de saúde mental. Nos grupos que indicaram a presença deste tipo de interação familiar disfuncional, os vários diagnósticos não revelaram diferenças significativas.

Nos grupos de PA e PA/D, cerca de 45% dos participantes revelaram ainda que era perceptível na sua família de origem tratamento diferenciado entre os irmãos causador de sofrimento significativo, dado os PS sentirem-se menos amados. Esta perceção vai de encontro ao evidenciado em diferentes estudos, que expõem como as preferências parentais podem contribuir para o aparecimento de sentimentos de culpa, inferioridade, comportamentos externalizantes e maior nível de conflito entre irmãos, promovendo condições para a emergência de PM (Ng et al., 2020; Pillemer et al., 2010; Richmond et al., 2005)

No processo de recolha de dados, apuramos que todos os participantes dos grupos de PA, PA/D, PD e PIAER indicaram um histórico de vivência de eventos adversos com impacto negativo relevante no seu percurso de vida, prévio ao aparecimento de PM (Guillaume et al., 2016; Matheson et al., 2020).

Os participantes com PA, PD e PA/D referiram como os eventos adversos mais comuns por eles experienciados, as questões relacionadas com bullying, (Arseneault, 2017; Klomek et al., 2015; Lereya et al., 2015; Lie et al., 2019) os problemas de saúde (próprios e de familiares) e mudanças de casa e escola (Gaylord et al., 2018; Hatem et al., 2020; Taylor & Edwards, 2012; Ziolk-Guest & Mckenna, 2013).

Como eventos adversos causadores de maior sofrimento, desestruturação e ativadores de sintomas de ansiedade e depressão, os participantes dos grupos com PA, PD e PA/D indicaram as situações de morte de familiares, violência doméstica assistida, abuso sexual e vivência de relações afetivas abusivas (Allen et al., 2014; Chyczij et al., 2020a; DeMartini et al., 2019; Holt et al., 2008; Mueller & Tronick, 2019)

Como fortemente evidenciado pelo corpo da investigação científica, os nossos dados corroboram que, crianças que durante o seu percurso desenvolvimental coabitam com situações de violência doméstica, tem maior probabilidade de sofrer danos emocionais e funcionais com impacto na sua saúde mental na idade adulta (Barnes, 1995; Margolin, 2004; Melton et al., 2020; Mueller & Tronick, 2019). Do total dos elementos da nossa amostra, 65% foram expostos a situações de violência doméstica na infância com perceção de impacto traumático.

Apesar do grupo com PIAER ter indicado a vivência de eventos adversos previa à ativação da PM, o tipo de eventos que relataram diferem expressivamente dos apresentados pelos outros grupos. Este grupo descreveu como eventos adversos a vivência de situações em que na sequência de sintomas físicos de ansiedade e stress, emergiu a sensação ou ocorrência de vomito em locais públicos, com subsequente humilhação induzida pelos adultos presentes, que foram sentidas como traumáticas e ativadoras dos sintomas da PIAER (Keery et al., 2019; Seetharaman & Fields, 2020).

Do conjunto da nossa amostra, o grupo de participantes com AN apresentou dados completamente dissonantes dos identificados pelos outros grupos no que se refere aos diferentes aspetos abordados da dinâmica familiar. Assim, 100% dos participantes deste grupo descreveu o seu agregado familiar como estável, com dinâmicas familiares pautadas pela demonstração de afetos e suporte emocional, com relacionamentos de proximidade e partilha entre os vários membros do agregado familiar. Também contrariamente ao exposto pelos outros grupos, a totalidade dos Ps com AN referiu não ter conhecimento da manifestação de PM nos progenitores ou familiares próximos.

Estes dados são, não só, dissonantes dos apresentados pelo resto dos participantes, mas também diferem dos resultados da investigação científica que apontam para uma propensão genética da AN com índices de hereditariedade de cerca de 20% (Fairburn & Harrison, 2003; Jacobi et al., 2017; Watson et al., 2019). Esta dissonância pode resultar do número reduzido da amostra ou das questões ligadas ao estigma em relação à saúde mental que podem ter contribuído para a não divulgação deste tipo de problemáticas na família (Ahmedani, 2011; Corrigan & Rao, 2012; Schomerus et al., 2019).

No sentido divergente à maioria dos participantes, os elementos deste grupo não referem perceção de vivencia de eventos de vida particularmente adversos prévios à ativação da AN, apesar de 80% dos elementos indicarem terem sido vítimas de bullying em ambiente escolar (Lie et al., 2019). De forma distinta ao sentido pela maioria dos outros Ps do estudo, embora próximo do descrito pelo grupo com PIAER, os Ps com AN não referem perceção gradual da ativação da PM, mas identificam o momento exato em que sentiram que a AN foi ativada. Para os elementos deste grupo essa ativação ocorreu na sequência de comentários críticos de terceiros, perda involuntária de controlo e autonomia, e perceção de alterações na aparência física (Halimi, 2013; Sassaroli et al., 2008).

Diferentes estudos foram sendo desenvolvidos no sentido de encontrar evidências de correlação entre características/traços de personalidade e maior probabilidade de ocorrência de PM (Curran & Hill, 2017; Egan et al., 2021; Fullana et al., 2020; Limburg et al., 2017). Os resultados do nosso estudo no âmbito da prevalência de características da personalidade facilitadoras de PM, são bastante homogêneos entre os grupos com diferentes diagnósticos e congruentes ao evidenciado na literatura científica. Os participantes de todos os grupos indicaram espontaneamente a introversão e baixa autoestima como características que consideram possuir. Os grupos com PA, PA/D, AN e PIAER, identificaram um número elevado de Ps com características de perfeccionismo e no grupo com AN foi sinalizado também um número significativo de Ps com traços obsessivos-compulsivos da personalidade (Halimi, 2013; Keery et al., 2019; Levinson et al., 2019; Limburg et al., 2017; Wauthia et al., 2019).

No trabalho desenvolvido por Egan et al. (2021), os autores encontraram evidências que lhes permitiram associar o perfeccionismo a características predisponentes e de manutenção de PM, como perturbações de depressão, ansiedade e perturbações alimentares. A exposição e pressão social constante nas dinâmicas de vida na atualidade (principalmente nos jovens) levaram a um elevar das expectativas a níveis pouco razoáveis, onde mais é exigido e esperado de todos, principalmente pelo próprio indivíduo (Curran & Hill, 2017; Flett & Hewitt, 2020; Hewitt, 2020).

O perfeccionismo, neste contexto, pode tornar-se um fator de vulnerabilidade da personalidade, dada a impossibilidade de alcançar a perfeição a que o indivíduo se exige. Esta busca e exigência constante redundam em consequências que podem ter um impacto negativo significativo na estrutura do sujeito ao ver-se obrigado a lidar com situações de insucesso (Curran & Hill, 2017; Flett & Hewitt, 2020; Hewitt, 2020).

Numa outra perspetiva, um estudo longitudinal de 30 anos, obteve resultados que qualificam o papel do perfeccionismo, preexistente à ativação da AN, como um fator de prognóstico favorável na sua recuperação (Dobrescu et al., 2020).

Estes dados levaram os autores a questionarem-se se o perfeccionismo pode simultaneamente ter um papel relevante na ativação e recuperação da AN. Este duplo papel pode resultar do facto de esta característica motivar o individuo a atingir os seus objetivos que podem alterar-se durante o seu percurso de vida (Dobrescu et al., 2020).

O perfeccionismo clinico, considerado como fator de risco para AN, teve resultados favoráveis após intervenção Cognitivo-comportamental especifica (Riley et al., 2007), mantendo-se contudo como uma característica que persistiu nos indivíduos com bons resultados na recuperação da AN neste grupo em estudo há 30 anos. Estes dados levantam novas questões e possibilidades.

A singularidade deste estudo dificulta neste momento a generalização dos resultados, requerendo para esse efeito aprofundar a investigação (Dobrescu et al., 2020).

Nos últimos anos diferentes estudos corroboraram evidencias de associação entre características da personalidade e dinâmicas disfuncionais que influenciam a probabilidade de ocorrência de PM (Cefai et al., 2021; Lewis & Cardwell, 2020; Nikčević et al., 2021; Zacher & Rudolph, 2021).

O neuroticismo surge neste sentido como preditor de maior probabilidade de exposição a situações interpessoais percebidas como stressantes. O que decorre da fragilidade das estratégias de coping mais comumente elegidas por indivíduos com estas características e a sua tendência para perceberem as situações como excessivamente ameaçadoras (Kaplan et al., 2015; Karsten et al., 2012; Kroencke et al., 2020; Shi et al., 2015).

A conscienciosidade prevê menor probabilidade de exposição a eventos sentidos como stressantes devido, por um lado, a uma melhor capacidade de gestão e organização e, por outro lado, a menor propensão para correr riscos (Fan & Fan, 2020; Grant et al., 2009; Shi et al., 2015; Wauthia et al., 2019).

A amabilidade caracteriza-se por facilidade no relacionamento interpessoal e menor propensão para conflito, pelo que indivíduos com estas características são também menos tendentes a eventos stressantes.

A extroversão, conscienciosidade e abertura para a experiência tendem a interpretar os eventos adversos como desafios e oportunidades de progresso, o que naturalmente induz menos stress (Cefai et al., 2021; Egan et al., 2021; Shi et al., 2015).

A autoestima mede o valor que atribuímos a nós próprios e em que medida nos sentimos bem e estimamos quem somos. Embora não seja um traço de personalidade é com base nessa “medida” que também é avaliada a nossa saúde mental (Amirazodi & Amirazodi, 2011; Jordan et al., 2015; Skorek et al., 2014; Varanarasamma et al., 2019).

Tabela 41 Impacto Vivencia PM Geral

Temas	Subtemas	Temas Específicos	Participantes				
			A 7	D 6	A/D 11	AN 5	PIAE R 4
2. Impacto vivencia /experiência da perturbação	2.1. A Nível	2.1.1. Emoção base Raiva	100%	67%	91%	100%	75%
		2.1.2. Emoção base Tristeza	100%	100%	100%	80%	75%
	Emocional	2.1.3. Emoção Base Medo	100%	67%	100%	100%	100%
		2.1.4. Ideação/tentativa suicídio	43%	50%	82%	80%	25%
	/Cognitivo	2.1.5. Ausência prazer A. P.	43%	67%	45%	100%	75%
		2.1.6. Cognição alterada valor	29%	33%	82%	60%	100%
		2.1.7. Cognição alterada competência	100%	67%	82%	60%	75%
		2.1.8. Cognição alterada amada(o)	71%	83%	82%	40%	75%
		2.1.9. Cognição alterada imagem	100%	33%	73%	100%	100%
		2.1.10. Ausência Motivação	100%		82%	80%	75%
		2.1.11. Disc. int negativo critico/exigente			82%	100%	100%
		2.1.12. Associa comida a sit. desagradável					75%
		2.1.13. Aliment/desejo/restri/estr. mentira				100%	
		2.1.14. Falta esperança /ajuda/recuperação				60%	
2.2. A Nível	2.2.1. Evitante de pessoas/ atividades	100%	100%	100%	100%	100%	
	2.2.2. Reativos emocional agressivos /choro	100%	100%	91%	100%	100%	
Comportamental /Social	2.2.3. Dificuldades ativ prof familiar lazer	100%	100%	91%	60%	100%	
	2.2.4. Dificuldade em se conectar com outros				60%	100%	
	2.2.5. Dificuldade estabelecer amizades				60%	100%	
	2.2.6. Dificuldade de sair sozinho					100%	
	2.2.7. Compulsiva restri/consumo alimentar				100%		
	2.2.8. C. Autolesivos purg/exe Automutilação				100%		
	2.2.9. Alimentação/mentiras/conflito				60%		
2.3. A Nível Físico	2.3.1. Cansaço/ fraqueza intensa/constante	71%	100%	73%	100%	100%	
	2.3.2. Sono alter. (hipersônia e/ou insônia)	100%	83%	82%		100%	
	2.3.3. Dores de Cabeça /corpo		33%	9%	80%	100%	
	2.3.4. Múltiplos problemas de saúde		67%	18%	80%	100%	
	2.3.5. Sintomas físicos ansiedade			100%		100%	
	2.3.6. Elevada Perda de Peso				100%	100%	
	2.3.7. Incapacidade física comer					100%	
	2.3.8. Sensação constante de fome				100%		
2.4. Procurar ajuda	2.4.1. Iniciativa Própria	71%	67%	55%	100%	100%	
	2.4.2. Familiares	14%	33%	27%	60%	100%	
	2.4.3. Amigos	43%	17%	18%	20%	50%	
	2.4.4. Medico Família /outros			36%			

A vivencia da PM tem um impacto negativo significativo e condicionante na qualidade de vida do individuo, considerando a variedade e intensidade de sintomas causadores de sofrimento experienciados (Barrera & Norton, 2009; Craske et al., 2017; Mendlowicz & Stein, 2000).

Cada diagnóstico reflete vulnerabilidades e distorções específicas na percepção da realidade que compõem o conjunto particular de características de determinada perturbação. Diferentes diagnósticos sugerem diferentes interpretações, percepções da realidade, mediadas pelos fatores específicos da perturbação, motivadores da percepção/comportamento disfuncional (Ackermans et al., 2022; Cañas et al., 2021; Jansen et al., 2016; Scarella et al., 2019). Ou seja, embora o relato de todos os nossos participantes refira a presença de sentimentos intensos e frequentes com base nas emoções de medo, tristeza e raiva, os fatores motivadores /ativadores destas emoções resultam de diferentes pressupostos para cada grupo de diagnóstico. Para os Ps com AN os sentimentos de medo derivam do receio de engordarem, reforçados pela cognição alterada da sua imagem corporal e do impacto dessa imagem na sua percepção do seu valor, medo de ao engordarem perderem controlo da situação e de si, que intensifica o medo de falhar nos objetivos a que se propuseram e o que isso possa significar, nomeadamente o julgamento

crítico de outros (Piñar-Gutiérrez et al., 2021; Sassaroli et al., 2008; Solmi et al., 2021). No entanto, para os Ps com PIAER, estes sentimentos de medo intenso e recorrente são alusivos às suas dificuldades em conseguirem comer e engordar, medo que devido à sua condição física não sejam capazes de executar tarefas básicas, se sintam mal e não tenham ajuda, terem graves problemas de saúde ou até morrerem. Medo do julgamento crítico de terceiros ao perceberem as suas dificuldades e os significados que lhes possam atribuir (Cañas et al., 2021; Lucarelli et al., 2018; Zanna et al., 2021).

Paralelamente os Ps dos grupos com PA e PA/D experienciam sentimentos de medo intenso e recorrente ativados pela sua perceção de elevada probabilidade de ocorrência de eventos negativos que não conseguem evitar, medo de não serem bons o suficiente, de falharem, de não serem capazes de ser o que esperam de si, do julgamento crítico de outros se descobrem as suas fragilidades e dos significados que lhes possam atribuir (Fullana et al., 2020; Limburg et al., 2017; Scarella et al., 2019).

O grupo com PD, embora com menor expressão, também referem sentimentos recorrentes de medo de incapacidade na realização de tarefas simples, de perda de capacidades e competências, medos esses reforçados pela sua perceção alterada da sua competência e valor (Fried & Nesse, 2014; Hammer-Helmich et al., 2018; Park et al., 2019).

A raiva é uma emoção fortemente ativada pelo medo pelo que em todos os grupos do estudo foram identificados valores elevados no que se refere à sua frequência e intensidade, aludindo principalmente à frustração e irritação como os mais comuns, manifestados maioritariamente em relação ao próprio, pelas suas dificuldades e limitações em lidar com os sintomas da PM (Frazzetto, 2013; LeDoux, 2014).

Sentimentos intensos e persistentes com a emoção de base tristeza, como culpa, vergonha, inferioridade, inutilidade, solidão e desespero foram identificados pela totalidade dos Ps dos grupos com PA, PD e PA/D, por 80% dos Ps com AN e por 75% dos Ps com PIAER. A presença constante desta conjugação de sentimentos negativos contribuiu para a alteração negativa na autoperceção dos Ps no que se refere à sua autoestima, competência, imagem e valor (Duncan et al., 2021; N. Rüscher et al., 2014; Weitkamp et al., 2016). Esta dinâmica disfuncional reforça o discurso interno pejorativo, exigente e crítico, que por sua vez agrava a intensidade e frequência dos sentimentos negativos, originando estados de ansiedade e depressão, com sensação de impotência e incapacidade para agir, perpetuando o ciclo que mantém ativa a PM (Essau et al., 2018; Halmi, 2013; LeDoux, 2014; Limburg et al., 2017; Marzola et al., 2015).

A totalidade dos Ps da amostra sinalizaram alterações disfuncionais ao nível do comportamento/ interação social que se materializaram em comportamentos evitantes de pessoas e atividades sociais (isolamento social), resposta emocional reativa com oscilações entre agressividade e choro, e dificuldades significativas na participação em atividades profissionais, familiares ou de lazer (Fullana et al., 2020; Locke et al., 2015; Scarella et al., 2019).

Para além das alterações comportamentais referidas, comuns a todos os Ps da amostra, foram referidos alguns aspetos específicos do grupo com AN que nos parece importante salientar. No grupo com AN as alterações disfuncionais do comportamento incluíram práticas autolesivas, como restrição alimentar compulsiva, com indução de purga e excreção, automutilação e prática de exercício físico excessiva. Neste grupo os Ps referiram ainda que as alterações disfuncionais ocorreram também no que se refere à interação social, com recurso a manipulação e mentiras para manutenção dos comportamentos disfuncionais (Andersen et al., 2021; Sassaroli et al., 2008; Solmi et al., 2021).

Todos os participantes da amostra referiram a presença de sintomas físicos relevantes, com impacto negativo na sua qualidade de vida, decorrentes da vivência da PM. Os grupos com AN e PIAER identificaram a presença de um maior número de sintomas físicos, com gravidade

expressiva no condicionamento da sua qualidade de vida (James et al., 2018; Vigo et al., 2016; Vos et al., 2017).

Um dos objetivos do nosso estudo era perceber, do ponto de vista dos participantes, de que forma o seu contexto familiar, percurso e vivências afetaram a sua perceção em relação à PM, e à sua própria condição de pessoa com PM. Entender em que sentido essa perceção sobre a sua condição mental contribuiu para procurar ajuda ou o impediu de o fazer.

Dos dados que apuramos, 100% dos nossos participantes referiram ter presenciado em várias situações, reações negativas, de discriminação, desvalorização e desrespeito em relação a pessoas com PM. Esta informação corrobora dados de outras investigações, sobre o estigma e preconceito tão enraizado na nossa cultura em relação às pessoas com PM, que frequentemente atua como obstáculo na procura de ajuda (Corrigan et al., 2014; Rössler, 2016; G. Schomerus et al., 2012).

Os participantes referiram dois aspetos relevantes neste tópico. O primeiro aspeto, à semelhança do apurado noutras investigações, foi o facto de estes temas não serem abordados, ninguém fala do assunto. Toda a gente vê o sofrimento dos outros, as dificuldades, mas não existe qualquer reação. Todos os participantes referiram que na escola viram vários colegas a debaterem-se com sintomas de diferentes PM, mas na altura não sabiam identificar e ninguém falava sobre o assunto, o que fazia com que parecesse ainda pior (Corrigan & Bink, 2016; Ran et al., 2021; WHO, 2021b).

O segundo aspeto, igualmente sustentado por investigações nesta área, refere-se à forma como ao longo do seu percurso os participantes foram assistindo a situações em que as pessoas que manifestavam sintomas mais visíveis de algum tipo de perturbação eram rotuladas, gozadas, criticadas ou desvalorizadas por serem fracas, preguiçosas, malucas, entre outras designações (Overton & Medina, 2008; Nicolas Rüsç et al., 2012; G. Schomerus et al., 2012).

Esta conjugação de fatores contribuiu para a construção de uma ideia de si muito negativa, de alguém fraco, incompetente, inferior. Incapaz de pedir ajuda porque isso seria assumir que fazia parte desse grupo (Chisholm et al., 2016; Fang et al., 2021; Koike et al., 2018).

A perceção generalizada da atribuição de características negativas à pessoa com PM, o estigma associado à PM, é especialmente preocupante nos jovens, atendendo que na grande maioria das situações os problemas ocorrem nessa fase do desenvolvimento e o estigma surge como obstáculo à procura de ajuda (Clement et al., 2021; Niedzwiedz, 2019; Nicolas Rüsç et al., 2012). No nosso estudo 63% do total dos participantes tiveram os primeiros sintomas durante a adolescência, no entanto os que procuraram ajuda nessa fase foram obrigados pelos pais/escola a fazê-lo. A maioria dos participantes só procurou ajuda na idade adulta depois de se debater com os sintomas por vários anos (Chisholm et al., 2016; Koike et al., 2018; N. Rüsç et al., 2014).

Do total de participantes no nosso estudo, 85% passaram por vários especialistas em saúde mental, resultando em múltiplas experiências terapêuticas que dificultaram em alguns momentos a análise dos dados. Neste processo, em vários momentos a mesma pessoa relatou experiências e perceções completamente diferentes em relação ao processo terapêutico, tendo em conta o profissional que estava a acompanhá-la e o momento em que aconteceu.

Como referido anteriormente, o estigma em relação à PM foi um obstáculo na procura atempada de ajuda psicoterapêutica. Não obstante, considerando o agravamento dos sintomas e os condicionalismos daí resultantes na qualidade de vida dos participantes, 75% deles procuraram ajuda por iniciativa própria, na idade adulta. Um segundo objetivo do nosso estudo consistia em perceber como percecionam os participantes o seu processo terapêutico e o terapeuta, o que os motivou a manter-se no processo, a cumprir as tarefas/ exercícios propostos e que fatores atribuem para o sucesso ou insucesso da intervenção.

Neste percurso, consoante as experiências vividas, os participantes elegeram um conjunto de fatores que consideraram promotores ou inibidores do sucesso da intervenção terapêutica, relacionadas com o profissional e com o cliente.

Tabela 42 Fatores Promotores de Sucesso Geral

Temas	Subtemas	Temas Específicos	Participantes				
			A 7	D 6	A/D 11	AN 5	PIAE 4
3. O processo terapêutico - percepção do cliente Fatores promotores de sucesso	3.1. Qualidade pessoais e profissionais do profissional	3.1.1. Empático, disp. , interessado em ouvir	100%	100%	100%	100%	100%
		3.1.2. Descobertas soluções s/ pressão	86%	17%	73%	20%	100%
		3.1.3. Rel. securizante, suporte/importa-se.	43%	100%	100%	80%	100%
		3.1.4. Tem tempo / espaço terapêutico seguro	71%	100%	100%	60%	100%
		3.1.5. Não julga, ajuda a compreender	100%	100%	100%	100%	100%
		3.1.6. Informa diagnóstico/processo	57%	50%	45%	20%	100%
		3.1.7. Não desiste, acredita na recuperação	71%	100%	27%	20%	75%
		3.1.8. Valida/respeita o Cliente	100%	33%	100%	80%	100%
		3.1.9. Experiência e conhecimento na área	71%	33%	45%	80%	100%
		3.1.10. Ensina/técnicas/estratégias		67%	100%	80%	100%
		3.1.11. Negocia /ajusta intervenção		33%	82%		
		3.1.12. Sincero, inspira confiança e segurança			45%		
		3.1.13. Medicação, efeitos /alternativas			18%		
		3.1.14. Encaminha resposta mais adequada			9%		
	3.2. Fatores relaciona dos com o cliente	3.2.1. Motivação mudança/ melhorar	100%	100%	91%	60%	100%
		3.2.2. Confiança terapeuta e processo	57%	67%	9%	80%	
		3.2.3. Visão positiva terapeuta/processo	43%	22%	27%	20%	
		3.2.4. Capacidades cognitivas	29%	50%	45%	40%	
		3.2.5. Fé /espiritualidade/	43%	67%	36%	60%	75%
		3.2.6. Procura de ajuda iniciativa do próprio	43%	33%	64%	100%	100%
		3.2.7. Desejo de não causar sofrimento a fam.	100%	67%	36%	100%	
		3.2.8. Melhoria da sintomatologia	14%	67%	91%	80%	75%
		3.2.9. Suporte social/ emocional			91%		75%
		3.2.10. Compromisso			36%		

Como evidenciado pelos resultados de várias investigações nesta área, os participantes do nosso estudo, independentemente do seu diagnóstico, consideraram que o modelo/abordagem de intervenção não era particularmente relevante para determinar o sucesso do processo terapêutico (Norcross & Wampold, 2011; Sousa, 2017; Swift & Greenberg, 2012).

Na avaliação do seu processo terapêutico, a totalidade dos Ps considerou que o profissional/terapeuta com determinadas qualidades pessoais/interpessoais e profissionais era o aspeto mais pertinente para determinar as possibilidades de sucesso da intervenção. Informam ser esse o motivo de terem tido vários terapeutas, foram procurando até encontrarem alguém com quem se identificassem (Beutler et al., 2016; Chow et al., 2015; Constantino et al., 2012; Lambert & Shimokawa, 2011).

À semelhança do que tem sido indicado por outras investigações, este grupo considerou como fatores promotores de sucesso particularmente relevantes, a capacidade do terapeuta em demonstrar empatia, disponibilidade e interesse genuíno em ouvir o paciente; ser capaz de não emitir julgamentos ou críticas; ser compreensivo e ajudar o cliente a compreender o que está a acontecer com ele (Anderson et al., 2016; Eubanks-Carter et al., 2015; Goldberg et al., 2016; Lutz et al., 2015); estar disponível e interessado em ensinar técnicas /estratégias adequadas à situação do cliente, que lhe permitam lidar com os sintomas da PM no futuro (Laska et al., 2014; Timulak & Keogh, 2017). Corroborando os critérios identificados por múltiplos estudos, os Ps referiram a importância de o profissional demonstrar capacidade na orientação do cliente no processo de descoberta de soluções adequadas às suas características e condições, sem o

pressionar (Anderson et al., 2016; Beutler et al., 2016; Owen & Hilsenroth, 2014; Sousa, 2017; Timulak & Keogh, 2017)

Os Ps realçaram ainda a importância de o terapeuta ter tempo para estar com o cliente num espaço terapêutico seguro, sem a pressão do relógio e a sensação de estarem a ser “despachados” (Gelso, 2014; Horvath et al., 2011; Zilcha-Mano et al., 2016).

Validar, respeitar, reconhecer o sofrimento, capacidades e opiniões do cliente, negociando e ajustando a intervenção às suas necessidades e características são outros dos aspetos fundamentais identificados pelos Ps na promoção do sucesso do processo terapêutico (Lambert & Cattani, 2012; Tryon & Winograd, 2011; Wampold, 2015).

Os participantes declararam considerar estes aspetos de tal forma significativos na intervenção que o abandono de processos terapêuticos anteriores resultou da ausência destes fatores.

Indo de encontro ao apurado por outros trabalhos, os participantes referiram considerar também fundamental identificar e reconhecer fatores promotores do sucesso do processo terapêutico relacionados com os clientes, para que estes possam participar de forma mais ativa no decorrer da intervenção (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017).

Na identificação dos aspetos especialmente significativos inerentes ao cliente, todos os grupos de diagnóstico convergiram na indicação da motivação para a mudança e o desejo de melhorar do cliente; a procura de ajuda por iniciativa do próprio; a disponibilidade de suporte social/emocional que garanta apoio ao cliente durante o processo; melhoria da sintomatologia após início da intervenção; e a confiança do cliente no terapeuta e no processo terapêutico como fatores particularmente relevantes na promoção do sucesso do seu processo terapêutico (Anderson et al., 2016; Lambert & Cattani, 2012; Timulak & Keogh, 2017).

Os grupos com PD e PIAER sinalizaram ainda como fator particularmente relevante no que se refere ao cliente a integração da sua fé/espiritualidade na intervenção terapêutica (Matheson et al., 2020; Moreira-Almeida et al., 2006). 100% dos participantes do grupo com AN evidenciaram como aspeto determinante na promoção do sucesso da intervenção terapêutica o desejo de não causar mais sofrimento a familiares (Ganci et al., 2021; Sibeoni et al., 2020; Skarbø & Balmбра, 2020).

Tabela 43 Fatores Inibidores de Sucesso Geral

Temas	Subtemas	Temas Específicos	Participantes				
			A 7	D 6	A/D 11	AN 5	PIAE 4
4. O processo terapêutico Obstáculos / fatores inibidores de sucesso	4.1. Características pessoais e profissionais do profissional	4.1.1 Sem formação/conhecimento	86%	50%	18%	60%	100%
		4.1.2. Não disp/s tempo/Interesse ouvir	57%	17%	18%	60%	100%
		4.1.3. Não negocia objetivos tarefas	86%	33%	36%	60%	100%
		4.1.4. Aplica protocolos ajustar cliente	71%	50%	45%	40%	100%
		4.1.5. Estratégias inadequadas	43%	67%	45%	60%	100%
		4.1.6. Atitude passiva, fria, distante	86%	83%	18%	80%	100%
		4.1.7. Não informa Diagnóstico /T	86%	33%	27%	40%	100%
		4.1.8. Medicação, não alternativas		83%	36%		100%
		4.1.9. Desvaloriza /não valida o cliente			9%		100%
		4.1.10. Não ensina estratégias ao cliente			36%		100%
		4.1.11. Diagnóstico errado					100%
	4.2. Fatores relacionados com o Cliente principais dificuldades	4.2.1. Aceita necessidade ajuda /iniciar	43%	67%	82%	80%	
		4.2.3. Ausência/ suporte familiar e social	29%	17%	45%		
		4.2.4. Aceitar/confiar em si/autoestima	71%	33%	55%		
		4.2.5. Eventos de vida Adversos	100%	100%	73%		100%
		4.2.6. Múltiplas intervenções/ negativa	14%	50%	36%		100%
		4.2.7. Comorbilidade outras PM	14%	33%	36%		
		4.2.8. Não se identificar respostas					100%
		4.2.9. Procedimentos Inadequados				40%	100%
		4.2.10. Medo falhar/desiludir (motiv mudança)				40%	
		4.2.11. Resistir impulso constante desistir				60%	

des	4.2.12. Vant. AN (Controlo/atenção/elogio)	80%
sentidas	4.2.13. Cansaço /luta interna e externa	60%
	4.2.14. S esperança/recuperação/terapeuta	60%
	4.2.15. Inter. imposta/negativa/múltiplas	40%

Os Ps dos diferentes grupos de diagnóstico identificaram fatores inerentes ao cliente que consideraram passíveis de inviabilizar o sucesso do processo terapêutico. Os Ps reconheceram a importância de sinalizar estes fatores para que os terapeutas potenciem a reflexão sobre a sua influência no contexto da intervenção terapêutica, minimizando assim o seu potencial impacto negativo (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017).

Os Ps dos grupos com PA, PD e PA/D identificaram como fatores com maior probabilidade de impactar negativamente o processo terapêutico a dificuldade do cliente em aceitar a sua condição de pessoa com PM, de confiar nas suas capacidades de recuperação (autoestima) e a vivência de múltiplos eventos de vida adversos com potencial traumático (Lambert & Cattani, 2012; Sousa, 2017).

Os participantes do grupo com PIAER também reconheceram o potencial de impacto negativo da vivência de múltiplos eventos de vida adversos, em que incluíram a passagem por múltiplas intervenções terapêuticas percecionadas como negativas, pela inadequação nos procedimentos utilizados, não identificação do cliente com as respostas propostas com base na atribuição de um diagnóstico errado e presença de comorbilidade com outras PM (Kohn, 2016; Seetharaman & Fields, 2020; Zanna et al., 2021).

O grupo com AN nomeou como fatores particularmente relevantes pela sua capacidade de inibir o sucesso da intervenção; a dificuldade do cliente em reconhecer a sua condição de saúde; a percepção/ crença do cliente da existência de vantagens na manutenção da AN, reforçada pela dificuldade em resistir ao impulso constante de desistir do processo terapêutico; a experiência negativa previa de intervenções com base em procedimentos inadequados que diminuem a confiança/esperança do cliente no processo e no terapeuta; e o medo do cliente de falhar e desiludir as pessoas significativas na sua vida (Fassino et al., 2009; Halmi, 2013; Sassaroli et al., 2008)

A história, características e percurso de vida dos participantes do nosso estudo integraram um conjunto de fatores e circunstâncias que eles percecionam como facilitadores do despoletar da PM. A presença de eventos de vida adversos é potenciadora de ativação de PM, e a vivência dos sintomas de PM sem intervenção adequada agrava progressivamente a condição de saúde dos indivíduos, surgindo também como obstáculo à intervenção (Doll et al., 2021; Guillaume et al., 2016; Miloyan et al., 2018; Nohr et al., 2021).

abela 44 Estratégias de Coping Geral

Temas	Subtemas	Temas Específicos	Participantes				
			A 7	D 6	A/D 11	AN 5	PIAE 4
5. Estratégias de coping ao	5.1. Focadas na emoção Adaptativas	5.1.1. Distrativo - Ativ. Trab./Estudar	100%	83%	100%	60%	100%
		5.1.2. Autorregulação - E.S. Esp./Res/Med	43%	83%	91%	60%	100%
		5.1.3. Procura de apoio social Familiar	71%	83%	82%	20%	100%
		5.1.4. Discurso interno positivo		67%	73%		50%
	5.2. Focadas na emoção desadaptativas	5.2.1. Evitante Isolamento /dissociar	86%	100%	100%	100%	100%
		5.2.2. Distrativo - Fumar /Pornografia	43%		27%		
		5.2.3. Autolesivo/aliment/físico/ C. Risco	14%	17%		100%	
		5.2.4. Reativo emocional(discutir/chorar)	100%	83%	91%	100%	75%
		5.2.5. Discurso interno negativo	71%		55	100%	100%
	5.3. Focadas R Problemas	5.3.1. Procurar profissional /tratamento	71%	100%	45%	60%	100%
		5.3.2. Procurar informação/ alternativa	14%		36%	40%	50%

Em situações percebidas como ameaçadoras, de desafio ou potencialmente danosas, os seres humanos recorrem a um conjunto de estratégias de coping, que requerem um esforço cognitivo e comportamental, escolhas conscientes, para fazer face à situação (Caridade et al., 2018; de la Fuente et al., 2021; Matheson et al., 2020). As estratégias de coping podem ser agregadas de diferentes formas dependendo do modelo teórico selecionado. Neste estudo consideramos a sua divisão em estratégias focadas na emoção (adaptativas e desadaptativas) e estratégias focadas na resolução de problemas porque foram as referidas espontaneamente pelos participantes. Para responder aos diferentes desafios com que se depararam, os participantes tiveram que recorrer a diferentes estratégias de coping. Em momentos distintos todos os participantes referiram socorrer-se de estratégias de coping focadas na emoção nas suas diferentes variações. Durante as entrevistas, um fato interessante referido pelos participantes foi a sua percepção de que nas fases de maior gravidade da PM com que se debatiam, as estratégias de coping a que recorriam tendiam a ser menos adaptativas, enquanto que em fases de maior estabilidade optavam por estratégias de coping mais adaptativas (de la Fuente et al., 2020; Stallman, 2020; Stallman et al., 2021). Os grupos que com mais frequência recorreram à utilização de estratégias de coping desadaptativas foram os de PA, PA/D e o da AN. As estratégias de coping focadas na resolução de problemas foram usadas por cerca de 75% participantes ao procurar ajuda profissional ou respostas alternativas. Como referido anteriormente a maioria dos participantes deste estudo tiveram várias intervenções com especialistas em saúde mental, que no seu conjunto obtiveram, segundo avaliação dos próprios, resultados positivos.

Tabela 45 Reflexão Alteração de Comportamentos Geral

Temas	Subtemas	Temas Específicos	Participantes				
			A 7	D 6	A/D 11	AN 5	PIAE 4
6. Reflexão sobre o processo principais alterações	6.1. Percepção de R. positivos da Interv. terapêutica	6.1.1. Discurso interno Positivo	86%	67%	82%	60%	50%
		6.1.2. Capacidade de pedir ajuda	100%	50%	100%	100%	100%
		6.1.3. Autocuidado alívio sintomas	100%	83%	82%	60%	100%
		6.1.4. Confiança lidar pessoas/situações	100%	67%	64%	60%	50%
		6.1.5. Aprender estratégias adaptativas	100%	67%	82%	60%	50%
		6.1.6. Autoaceitação/autoestima saudáveis	100%	83%	73%	60%	75%
		6.1.7. Percepção da realidade/crenças	86%	83%	82%	60%	75%
		6.1.8. Menor stress /imp.Julgamento T	57%			60%	75%
	6.2. Ausência de R. positivos da interv.	6.2.1. M/agrav. comp. sintomas				60%	100%
		6.2.2. Reforço estratég. desadaptativas				60%	100%
		6.2.3. Aumento resistência á intervenção				60%	100%
		6.2.4. Ceticismo de resultados positivos				60%	100%
		6.2.5. Abandonar a intervenção					100%
	6.3. Alteração P.C PM	6.3.1. Mais compassiva/ compree/atenta	100%	50%	73%	100%	100%
		6.3.2. Julga menos	29%	50%	55%	100%	75%
		6.3.3. Desejo ajudar outros	86%	50%	18%	80%	50%
		6.3.4. Importância procurar ajuda cedo	57%				
		6.3.5. Acabar preconceito/ ensinar tema	100%	100	100%	100%	100%

As questões finais do guião de entrevista indagavam os participantes em relação à sua percepção relativa à experiência de viver com PM. Tinham com objetivo compreender se a forma como os participantes atualmente percebiam essa experiência pela qual passaram, ou pela qual ainda estavam a passar, era diferente da forma como a entenderam e sentiram na altura em que

iniciou? Foi-lhes pedido que descrevessem o seu processo terapêutico, as principais dificuldades com que se depararam e o que os ajudou/ motivou a supera-las. Pretendia-se descobrir em que medida os Ps consideravam o seu processo terapêutico um sucesso ou insucesso. A última questão oferecia aos Ps a oportunidade de referirem algo que considerassem importante ou sentissem desejo de abordar.

Todos os participantes referiram a perceção de progresso após a intervenção terapêutica com um terapeuta com que se identificaram. A maioria dos Ps de todos os grupos reportaram melhorias significativas ao nível da autoperceção /autocuidado, reconhecimento de competências pessoais e sociais, capacidade de resolução de problemas, melhor perceção da realidade/ reconhecimento de crenças disfuncionais e utilização de estratégias de coping mais adaptativas. Os Ps consideraram o seu processo terapêutico como positivo, mesmo não estando concluído na maioria das situações, pela perceção de melhoria de sintomas após a intervenção. A perceção do profissional e as suas qualidades pessoais/interpessoais e profissionais como o fator determinante no sucesso da intervenção terapêutica foi reforçada por todos os Ps do estudo (Chow et al., 2015; Imel et al., 2015; Lutz et al., 2015; Roos & Werbart, 2013; Timulak & Keogh, 2017).

Em relação às principais dificuldades sentidas enquanto pessoa com PM, a maioria dos participantes referiram; a vivência de múltiplos eventos de vida percebidos como adversos (que incluíam desde dinâmicas familiares disfuncionais, a situações de bullying, momentos de humilhação pública etc.); a dificuldade em reconhecerem e aceitarem que estavam doentes, que era assim que eram e se sentiam; lidarem com o estigma e os julgamentos de terceiros em relação ao que eram, sentiam ou faziam; gerirem os sentimentos negativos constantes de medo, raiva ou tristeza; a ausência de respostas adequadas as suas necessidades e o sentimento de não ser compreendido; e as dificuldades ou incapacidade de corresponderem às suas próprias expectativas, foram alguns dos aspetos nomeados como mais difíceis de superar, porque, como explicaram, pareciam impedi-los de evoluir. Apesar das já mencionadas características específicas dos diferentes diagnósticos em estudo, a descrição das maiores dificuldades sentidas no percurso dos indivíduos enquanto pessoa com PM foi comum nos vários grupos.

A perceção da existência de uma multiplicidade de dificuldades que se manifestam em simultâneo com a ocorrência sucessiva de eventos sentidos como adversos, são descritos na literatura como fatores de risco elevado na ativação precoce e/ou manutenção de PM (Guillaume et al., 2016; Holt et al., 2008; Miloyan et al., 2018; Mueller & Tronick, 2019).

Parte dos objetivos do estudo consiste em entender a perceção dos participantes quanto aos fatores motivacionais que os levaram a procurar ajuda e manter-se no processo terapêutico.

A maioria dos Ps de todos os grupos, exceto o grupo com AN, descreveu que o que os motivou a procurar ajuda e permanecer no processo terapêutico estava relacionado com o desejo de melhorarem, de viverem, como expressou um dos participantes "...quero aproveitar, viver, é difícil, uma parte de mim só quer ficar em casa, ...mas quero viver, parece que me roubaram a vida..." P28 (Anderson et al., 2016; Lambert & Cattani, 2012; Timulak & Keogh, 2017)

O outro fator assinalado como muito significativo pela maioria dos Ps, na sua motivação para procurar ajuda e permanecer no processo terapêutico, está relacionado com a existência de suporte social /emocional que os Ps referiram como fundamental não só para ajudar a iniciar o processo, mas no decorrer de toda a intervenção (Coverdale & Long, 2015; Shelley & Craig, 2010; Wille et al., 2008).

Os Ps do grupo com AN informaram que o que os motivou a procurar ajuda e permanecer no processo terapêutico foi o desejo de não causar mais sofrimento aos seus familiares. No decorrer da sua vivência da AN, todos os Ps deste grupo tiveram um momento em que perceberam o sofrimento terrível que estavam a causar às pessoas que se preocupavam com elas. Perceberam

que não podiam continuar a prejudicar as pessoas dessa forma pelo que, por esse motivo decidiram procurar ajuda e manter a intervenção psicológica (Baudinet et al., 2021; Gelin et al., 2016; Sibeoni et al., 2020).

Como referido anteriormente, todos os participantes da amostra referiram a perceção de melhoria de sintomas após intervenção terapêutica, fator que também indicaram como motivador da sua permanência no processo terapêutico (Coverdale & Long, 2015; Shelley & Craig, 2010; Wille et al., 2008).

Ao refletirem sobre o seu processo e percurso, os Ps de todos os grupos referiram terem sentido a ocorrência de alterações significativas na forma como entendem a PM e percecionam a pessoa com PM. 100% dos participantes referiram ter desenvolvido uma maior capacidade de compreensão dos desafios sentidos pelas pessoas com PM, porque sabem como é difícil e como causa sofrimento. 86% da totalidade dos Ps referiram terem sentido alterações no julgamento que fazem dos outros, sendo agora menos críticos na generalidade das situações.

“...às vezes as pessoas parecem bem, mas ninguém sabe o que estão a sofrer, eu também pareço muito calma ...” P19.

Em resposta à última pergunta - Gostaria de referir, comentar ou acrescentar algo? A totalidade dos Ps referiram sentir ser urgente e necessário falar sobre a Saúde Mental/ Perturbação Mental no intuito de diminuir o preconceito. Reforçam a necessidade de desenvolver iniciativas que permitam a discussão livre dos temas e facilitem o acesso a ajuda qualificada precocemente, corroborando as necessidades evidenciadas nesta área por diferentes investigadores (Chisholm et al., 2016; Fang et al., 2021; Ran et al., 2021; Schnyder et al., 2017).

6.2. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS

As perturbações mentais são o tipo de problema de saúde mais comum quer no espaço Europeu, quer em Portugal (DGS et al., 2017; WHO, 2018), continuam, no entanto, a ser das áreas da saúde com mais situações sem diagnóstico e com intervenção tardia.

Em Portugal a produção e divulgação de conhecimento científico nestas áreas é bastante reduzida. Esta ausência limita a informação sobre a nossa realidade, mas também se reflete na qualidade das intervenções, quer ao nível do acompanhamento individual na Perturbação Mental, quer ao nível da definição de estratégias mais abrangentes no âmbito da prevenção e promoção da Saúde Mental (Conselho Nacional de Saúde, 2019; DGS et al., 2017; Murcho et al., 2016; Nacional De Saúde, 2007).

O contacto com os participantes possibilitou refletir sobre estas duas dimensões que constituem alertas fundamentais para as dificuldades sentidas por quem se debate com a PM.

O serviço nacional de saúde não tem capacidade de resposta para as necessidades da população, não tem definida uma estratégia de intervenção concertada e a forma como estão organizados resulta em barreiras no acesso ao apoio psicoterapêutico. Para ter acesso a uma consulta de psicologia ou psiquiatria no Serviço Nacional de Saúde é necessário ser encaminhado pelo médico de família. Para ter consulta com o médico de família, dependendo da localização, por vezes é necessário esperar mais do que um mês (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Fernandes et al., 2017; Perelman et al., 2018). Considerando as questões relacionadas com o estigma abordadas neste trabalho e a dificuldade manifestada pelos participantes em assumir perante outros a PM, ter que ir a um médico para depois falar com outro parece uma dificuldade, um obstáculo a mais para quem já está fragilizado.

Na consulta com o médico de família, como referido por 84% dos nossos participantes, na esmagadora maioria das vezes, o médico prescreve medicação. Não é realizado nenhum encaminhamento ou intervenção psicoterapêutica, o que mantém a pessoa refém da medicação sem intervenção específica na área. Este tipo de práticas explica os números elevados do

consumo de medicação para a PM, em Portugal, sem resultados efetivos na diminuição da sua prevalência (Conselho Nacional de Saúde, 2019; DGS et al., 2017; Nacional De Saúde, 2007). Quando ocorre o encaminhamento, o acesso às consultas frequentemente é mensal ou trimestral. O profissional especializado em saúde mental dos serviços públicos, devido ao elevado número de solicitações está, na maioria dos casos assoberbado com exigências de realização de um número elevado consultas o que limita a qualidade da intervenção. Ainda ao nível da intervenção individual parece-nos preocupante o número de intervenções porque passaram os participantes com profissionais pouco disponíveis, que não integram o paciente no processo terapêutico e com falta de conhecimento atualizado. A título de exemplo referimos o fato de 90% dos participantes terem passado por intervenções em que não lhes foi explicado ou informado o diagnóstico. Uma das participantes do grupo da AN referiu que só soube o diagnóstico por estava escrito na folha que ficou na mesa, o médico nunca falou com ela sobre o diagnóstico. É difícil combater o estigma e falar sobre a PM, quando os especialistas em saúde mental nem com os pacientes esclarecem as questões. Paralelamente também nos parece muito preocupante que as 4 participantes do grupo de PIAER, que foram sujeitas a múltiplos acompanhamentos durante vários anos, tenham percorrido vários serviços com o diagnóstico de AN para o qual claramente não cumpriam critérios. Desde 2013 que a PIAER foi incluída no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Embora as 2 perturbações possuam muitas semelhanças, as diferenças que as caracterizam são cruciais na orientação da intervenção (Moore & Bokor, 2021; Seetharaman & Fields, 2020; Treasure et al., 2020).

Considerando o aumento constante de situações de PM é cada vez mais urgente encontrar respostas que garantam a todos acesso a tratamentos adequados às suas necessidades e ao mínimo de qualidade de vida (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Fernandes et al., 2017; Murcho et al., 2016; Perelman et al., 2018). Os participantes do nosso estudo tiveram acompanhamento psicoterapêutico no âmbito de consultas privadas, porque possuíam recursos económicos que lhes permitiam o acesso a tratamento.

A pessoas com PM manifestam dificuldades em várias áreas do funcionamento que resultam num impacto negativo significativo no seu desempenho escolar, profissional, social e na autoperceção (Fullana et al., 2020; Langarita-Llorente & Gracia-García, 2019; Mohammadi et al., 2019; Showraki et al., 2020; Wittchen et al., 2011).

Os resultados do nosso estudo revelaram que 75% dos participantes são provenientes de ambientes familiares desestruturados, com exposição a situações de violência ou ausência de um dos progenitores. 75% dos participantes tinham familiares próximos com PM e foram expostos a múltiplos eventos de vida adversos. Esta combinação de fatores de risco potenciou o início precoce da PM (Caridade et al., 2018; Fullana et al., 2020; Holt et al., 2008; Miloyan et al., 2018; Mueller & Tronick, 2019; Wille et al., 2008).

Os sintomas de PM manifestaram-se entre os 13/15 anos em 63% dos participantes do nosso estudo, no entanto, os participantes só procuraram ajuda em adultos. Estes dados convergem com os obtidos por diferentes autores, que indicam que a PM ocorre com frequência na adolescência, todavia, um número elevado de jovens com início precoce de PM, raramente recebem ou procuram ajuda antes da idade adulta (Craske et al., 2017; Fullana et al., 2020; Gorwood et al., 2016; Kessler et al., 2009; Park et al., 2019). 100% dos participantes referiram ter presenciado em várias situações, reações negativas, de discriminação, desvalorização e desrespeito em relação a pessoas com PM, o que condicionou a sua perceção de si e do outro e a sua motivação para pedir ajuda (Corrigan et al., 2014; Rössler, 2016; G. Schomerus et al., 2012).

Dos dados recolhidos, apuramos que, à semelhança do concluído por outros investigadores, as questões relacionadas com a saúde mental não são abordadas, discutidas de forma saudável e

inclusiva nas comunidades ou ambiente escolar. O desconhecimento e preconceito sobre o tema, leva a que a maior parte das pessoas/ jovens que se debatem com problemas de saúde mental acabam por vivenciar situações de discriminação (Chisholm et al., 2016; Clement et al., 2021; Fresán et al., 2018; Koike et al., 2018; Nicolas Rüsç et al., 2012).

Apesar do reconhecimento das entidades publicas da necessidade urgente de implementação de medidas estratégicas nacionais de combate à discriminação e promoção da saúde mental, na realidade, à exceção de algumas medidas pontuais e locais, não ocorreram alterações significativas neste sentido nos últimos anos em Portugal (Conselho Nacional de Saúde, 2019; DGS et al., 2017).

A investigação já desenvolvida neste campo de estudo demonstrou que medidas simples como falar abertamente e com regularidade sobre o tema, psicoeducação sobre saúde mental e principais características das diferentes PM, e promover momentos de contacto com pessoas com PM, tem resultados bastante eficazes no combate à discriminação sem implicar custos demasiado elevados. Algo que poderia ser facilmente implementado no nosso país através do sistema de ensino (Alexander & Link, 2003; Chisholm et al., 2016; Fang et al., 2021; Ran et al., 2021; Roberts et al., 2007; Nicolas Rüsç & Kösters, 2021).

A pratica profissional apresenta cada vez mais desafios tendo em conta, por um lado, a complexidade das situações que derivam do sofrimento experienciado pelos indivíduos com perturbação mental; e, por outro lado, o ritmo acelerado em que todos vivemos que limita a capacidade e disponibilidade das pessoas para investir, para trabalhar e principalmente para estar. Esta forma de vivermos requer dos profissionais um esforço ainda maior, no sentido de se manterem atualizados, de treinarem as suas habilidades e competências de forma a responder adequadamente a quem por vezes com muito esforço consegue pedir ajuda. A palavra adequada tem origem no latim “adaequo, -are, que significa tornar igual, modificar ou modificar-se para determinado uso... “(*Adequada - Dicionário Online Priberam de Português*, n.d.). Enquanto terapeutas esse deve ser um dos princípios orientadores da nossa intervenção, tornar igual, no sentido de empoderar, emancipar, respeitar. Disponibilizar o que temos, conhecimento clínico, a nossa experiência e presença, para que o outro possa encontrar as suas respostas, no seu ritmo, no seu tempo, de acordo com o que vai de encontro as suas necessidades. Para conhecermos essas necessidades precisamos ouvir quem as sente. Os nossos resultados identificam a necessidade de repensar alguns aspetos da intervenção clínica atual e considerar a importância de integrar as perspetivas dos clientes na organização dos seus processos terapêuticos, na adequação das respostas existentes e mesmo no âmbito da investigação científica.

Os participantes dos grupos com PA, PD, PA/D e PIAER referiram o seu próprio desejo de melhorar, no caso do grupo com AN o desejo de não causar mais sofrimento a familiares, e a disponibilidade de suporte social/ emocional, como os fatores inerentes ao percurso e experiência do cliente mais relevantes na sua motivação para procurar ajuda e a permanecer no processo terapêutico, e, nesse sentido, com impacto significativo na promoção do sucesso do processo terapêutico (Anderson et al., 2016; Lambert & Cattani, 2012; Timulak & Keogh, 2017).

Na avaliação do seu processo terapêutico 100% dos participantes considerou que o profissional /terapeuta com determinadas qualidades profissionais e pessoais foi o aspeto mais relevante para determinar as possibilidades de sucesso da intervenção (Beutler et al., 2016; Chow et al., 2015; Constantino et al., 2012; Lambert & Shimokawa, 2011). Esta informação pode servir de base para reflexão e autoanálise do terapeuta e como um recurso de apoio na organização, negociação e preparação dos processos de intervenção terapêutica.

6.2.1. Limitações e Implicações para estudos Futuros

A realização de um projeto de investigação é muito semelhante à construção de uma casa, quando termina era a altura certa para começar, porque é quando percebemos o que podíamos ter feito melhor. O projeto inicial foi concebido para aplicação em contexto hospitalar, no Hospital de Magalhães Lemos na cidade do Porto em Portugal, e foi aprovado pela Comissões de Ética do referido Hospital. O desenho do projeto foi obrigado a várias reformulações, devido ao contexto pandémico do COVID 19, que impediu a sua aplicação em contexto hospitalar, onde que teria sido possível incluir mais participantes, obter informação mais detalhada em relação aos participantes e maior interação com outros técnicos que integrassem diferentes perspetivas no trabalho.

Este projeto deparou-se com limitações significativas em diversos aspetos que importa referir para evitar a sua repetição em estudos futuros. A dimensão da amostra deste estudo é reduzida, o que limita o impacto do estudo e a utilização dos dados uma vez que não possibilita generalizações.

O trabalho desenvolvido na adequação da entrevista usada como instrumento de recolha de dados, implicou a realização de um pré-teste, aplicado a um individuo com os mesmos critérios que os participantes. Apesar dos resultados positivos que resultaram deste exercício, que permitiram a clarificação e simplificação na formulação das perguntas (Alea, 2017; McAdams, 2001, 2018) a aplicação do pré-teste a um só individuo limitou o potencial de melhorias. Caso o pré-teste tivesse sido aplicado a um número maior de indivíduos, ou o guião de entrevista tivesse sido sujeito a um processo de focus grupo, a informação recolhida poderia potenciar alterações mais profundas e significativas que poderiam ter um impacto revelador nos resultados do estudo.

Uma outra limitação do presente estudo, decorreu do facto da análise de dados ter sido desenvolvida com recurso a um só investigador (a autora do trabalho). Apesar da aplicação rigorosa da metodologia, a presença de dois ou mais investigadores teria permitido não só a triangulação da análise das categorias e a avaliação do grau de acordo entre os vários investigadores envolvidos, mas também potenciado uma maior diversidade na interpretação, discussão e reflexão dos resultados, o que poderá ser benéfico contemplar na organização/realização de estudos futuros (Fereday & Muir-Cochrane, 2006; Petty et al., 2012a).


Um dos aspetos positivos deste trabalho foi dar voz aos participantes, o que permitiu identificar a necessidade de reconsiderar a dinâmica e adequação da intervenção clínica atual e perceber o impacto positivo possível de integrar o conhecimento e perspetivas dos clientes na intervenção terapêutica. Reconhecendo a influencia que a condição de saúde dos participantes possa ter na sua interpretação das experiências vividas, ainda assim os resultados obtidos disponibilizaram informação bastante específica e pertinente sobre as necessidades e dificuldades sentidas no decorrer do processo terapêutico, que podem contribuir para efetivamente adequar a intervenção às suas necessidades. Um outro aspeto positivo do estudo foi contribuir para a discussão destes temas e levantar questões que esperamos possam ser motivadoras para o desenvolvimento de estudos mais abrangentes. O objetivo principal deste estudo era obter conhecimento que permitisse aos profissionais refletir sobre a sua prática e adequar a intervenção às necessidades e preocupações dos clientes, pelo que, apesar das limitações identificadas, consideramos os resultados obtidos relevantes para o objetivo

proposto.

7. ANEXOS

7.1. Autorização do Estudo Empírico Inicial

(17/20) 19





hospital de
magalhães lemos EPE

SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Formulário de Pedido de Autorização
ao Conselho de Administração
para realização do Projecto

*Desdobrado tendo em
conta as alterações acima.*

*A J.F.I. para o estudo de
A M. b. h. z. F. g. u. e. l.
para inf. n. s.
A C. f. d. z. para o
serviço de f. e. i. n.
para o f. e. i. n.
25/11/2019*


HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE Reunião do C.A. <u>5/2/20</u> Acta n.º <u>2/2020</u>	
Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Alvaro Pereira Vice-Presidente
	

Sra. Ana Maria Gonçalves da Silva Albuquerque Almeida vem por este meio
(nome de entidade)
 solicitar autorização para realizar um trabalho de investigação no Departamento/Serviço/Unidade
Psicologia Psiquiatria deste Hospital, subordinado ao tema
Autopercussão e impacto na intervenção - casos querelativos
em indivíduos com perturbação de A.D., P.S. e A.U.
 Para apreciação da proposta, junto se anexa o Formulário de Proposta de Projecto de Investigação, assim
 como o Currículo Vitae e Protocolo do Projecto.

Pede deferimento.

Porto, 02 de novembro de 2019.

O Investigador



Mod. 214 HM.

004811 HML 25/NOV/19

Parecer Nº 17/2019

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Dra Susana Maria Fernandes da Silva Albuquerque Neiva

Filiação Institucional: HML

Investigador Responsável/orientador: Prof. Doutor Emílio Gutierrez Garcia e Dra Zélia Figueiredo

Título do Projeto: " *Auto-perceção e impacto na intervenção - estudo qualitativo em indivíduos com perturbações de ansiedade, depressão, disfunção sexual, sem causa orgânica e anorexia nervosa e a sua perceção sobre o que impacta na intervenção em diferentes processos psicoterapêuticos* "

Considerando que:

O objetivo deste trabalho consiste em analisar a perceção que os indivíduos têm do seu próprio processo terapêutico, que aspetos influenciaram essa perceção, que fatores foram considerados relevantes para a decisão de procurar ajuda , de não abandonar a intervenção , motivação para a mudança, o impacto e o sucesso das diferentes abordagens utilizadas na intervenção psicoterapêutica .

Trata-se de um estudo não - interventivo a decorrer no âmbito da consulta externa do Hospital de Magalhães Lemos EPE. Será um estudo observacional , através de uma entrevista semi-estruturada administrada pela investigadora e retrospectivo com recolha de dados, através da consulta dos processos clínicos de utentes com os diagnósticos referidos . A confidencialidade e consentimento informado parecem-nos assegurados.

Parecer

A investigação decorrerá de acordo com as regras éticas aplicáveis aos estudos não-interventivos, pelo que a Comissão de Ética exprime a sua aprovação.

O relator: Dra. Maria do Céu Diegas

Aprovado em reunião de CES de 5 de Fevereiro de 2020

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde:



7.2. GUIÃO DE ENTREVISTA

1 - Apresentação do projeto/ Aspectos formais

Consentimento informado (objetivos do estudo, autorização de gravação, participação voluntária, anonimato, confidencialidade, dúvidas, etc...).

2 - História de Vida

Como referimos neste projeto o objetivo é conhecer a sua perceção sobre o seu processo terapêutico e os fatores que possam ter influenciado essa perceção, para isso seria importante conhecer um pouco do seu percurso, quando ou como surgiram os sintomas, o que, ou quem, o (a) levou a pedir ajuda, porque ficou ou desistiu do processo terapêutico, etc... nesse sentido gostaria que iniciássemos por me contar a sua história, como se lembra até à atualidade.

- Durante a sua vida alguma vez alguém próximo, conhecido, manifestou algum sintoma de problemas ao nível da saúde mental? (quando não tenha sido referido na história de vida).

Em caso afirmativo

- Pode-me contar o que aconteceu?
- Mais alguém estava presente ou interveio nessa situação? Quem? De que forma?
- O que aconteceu a seguir?
- Como é que essa situação se resolveu/ desenvolveu (se for o caso)?
- Como é que se sentiu ao presenciar / saber do que estava a acontecer?
- Alguém soube desse acontecimento? (se sim) Como reagiram?
- Nessa altura, conhecia alguém que estivesse a passar por uma situação semelhante?
- Como se comportavam com essa pessoa?
- Diria que essas situações eram comuns na sua família/no seu meio?
- Durante a sua infância / juventude alguma vez experienciou/ manifestou algum sintoma de problemas ao nível da saúde mental? (quando não tenha sido referido na história de vida).

Em caso afirmativo

- Pode-me contar o que aconteceu?
- Mais alguém estava presente ou interveio nessa situação? Quem? De que forma?
- O que aconteceu a seguir?
- Como é que essa situação se resolveu/ desenvolveu (se for o caso)?
- Como é que se sentiu ao viver essa situação?
- Alguém soube desse acontecimento? Se sim, como reagiram?
- Nessa altura, conhecia alguém que estivesse a passar por uma situação semelhante?
- Como se comportavam com essa pessoa?
- Diria que essas situações eram comuns na sua família/no seu meio?
- Na sua família, comunidade, alguma vez lhe falaram sobre este tipo de problemas? O que lhe disseram ou ensinaram a esse respeito? O que lhe ensinaram que deviam fazer as pessoas que passam por estas situações?

3 - Impacto das experiências de vida

- Como reagiu ao que lhe aconteceu na altura? E depois, ao longo do tempo?
- Esse acontecimento mudou alguma coisa na sua forma de agir, de se comportar, de se relacionar com os outros?

- Esse acontecimento contribuiu para alguma alteração na forma de se sentir ou pensar sobre si próprio?
- Como diria que isso a (o) afeta hoje? Ainda pensa nisso? O que costuma pensar/sentir sobre isso?
- Atualmente, e de forma global, qual diria que foi o impacto que este problema teve na sua vida? Que coisas na sua vida poderiam ter sido diferentes se não tivesse passado por isto?

4 - Estratégias de Coping / Processo Terapêutico

- Como reagiu aos sintomas que sentia na altura? E depois, ao longo do tempo?
- Fez alguma coisa para se sentir melhor? O quê? Pode-me explicar porque não?
- Contou o que estava a sentir, a acontecer a alguém? Se sim, a quem?
- O que lhe disseram? O que fizeram?
- A resposta/ajuda recebida foi apropriada? Suficiente?
- Como/ porque iniciou o processo terapêutico?
- Quanto tempo durou a intervenção?
- O que pensou do seu terapeuta quando o conheceu?
- Como se sentiu em relação a ele (a)? Esse sentimento foi constante ou sofreu oscilações?
- O que pensou do espaço?
- Foi-lhe explicado o diagnóstico? Causas? Tratamento a seguir?
- O que achou da explicação?
- Foram negociados/ discutidos objetivos da intervenção?
- Como se sentia/ sente durante as sessões?
- Sentiu-se sempre da mesma forma ou ocorreram oscilações?
- O seu terapeuta costuma prescrever tarefas para casa? Como se sente em relação a isso?
- Porque as faz? Não faz?
- Porque permaneceu/ desistiu do processo terapêutico?
- De que forma esse processo alterou a maneira como age ou pensa, sobre si próprio e sobre as situações, desde do início até agora?
- O que acha que contribuiu para essa mudança?
- Alguém em especial ajudou nessa mudança? Quem? O que é que essa(s) pessoa(s) fez(fizeram) ou disse(ram) para que as coisas mudassem?
- Algum acontecimento de vida contribuiu para essa mudança? O quê? Como é que isso ajudou?
- Considera ter ocorrido algum momento particularmente importante para a mudança ou avalia essa mudança como um acontecimento gradual? Como é que isso aconteceu?
- O que para si foi mais importante no seu terapeuta?
- O que para si foi mais importante no processo terapêutico?

5 – Ajustamento psicossocial atual

- Como é que hoje vê essa experiência pela qual passou/ está a passar? É diferente a forma como entendia e sentia o problema na altura em que aconteceu da forma como o entende e sente

- Como se descreveria como pessoa?

- O que acha que contribuiu para que desenvolvesse essas características?
- Como descreve a sua vida atualmente?
- Como descreveria o seu processo terapêutico e principais dificuldades?
- Como descreveria a forma ou o que o motivou a ultrapassar essas dificuldades
- Em que medida considera o seu processo terapêutico um sucesso/ insucesso?
- Gostaria de referir, comentar ou acrescentar algo?
- Agradecemos a sua disponibilidade.

7.3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Projeto de Investigação - Autoperceção e impacto na intervenção - estudo qualitativo - Ansiedade, Depressão, Anorexia Nervosa e PIAER

Coordenadora: Susana Neiva

Natureza da pesquisa: Convidamo-lo a participar num estudo que tem como objetivo analisar a perceção que os indivíduos têm do seu próprio processo terapêutico. Pretende-se perceber que aspetos influenciaram essa perceção e que fatores foram considerados relevantes para a decisão de procurar ajuda, de não abandonar a intervenção, motivação para a mudança e realização das tarefas/ exercícios terapêuticos.

Participantes da pesquisa: Indivíduos maiores de 18 anos com diagnóstico clínico de perturbação de ansiedade, depressão, anorexia nervosa ou PIAER que tenham tido acompanhamento clínico/ psicoterapêutico.

Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo é solicitada a sua colaboração para participação numa entrevista online. A participação na entrevista poderá ter a duração de cerca de 1 hora.

Todos têm a liberdade de se recusar a participar, e podem recusar continuar a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Solicitamos a sua colaboração para completar o preenchimento dos documentos que lhe serão entregues, contribuindo assim para a obtenção de melhores resultados para a investigação

Se tiver dúvidas sobre a investigação poderá entrar em contacto com a coordenadora da pesquisa Susana Neiva, presente no decorrer do processo

Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não implica complicações legais. Os procedimentos utilizados nesta investigação cumprem os Critérios da Ética na investigação com Seres Humanos. O presente plano de investigação não prevê intervenção psicoterapêutica ou aplicação de técnicas ou metodologias que possam pôr em causa os princípios éticos da intervenção previstos no código deontológico subscrito pela Ordem dos Psicólogos Portugueses e aprovado em anexo ao Regulamento nº 258/2011, publicado na 2ª Série do Diário da República em 20 de abril de 2011

Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: Todas as informações recolhidas neste estudo são confidenciais. Só os membros do grupo de investigação vão conhecer os dados.

Benefícios: Participar deste estudo não prevê ter nenhum benefício.

Pagamento: A participação neste estudo não acarreta nenhum tipo de despesa, mas também nada será pago pela sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar neste estudo.

Preencha por favor os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Tendo em vista os itens acima apresentados, Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) -----

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

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projeto: _____

Investigador responsável:

Nome: Susana Neiva

Assinatura:

7.4. AUTORIZAÇÃO DE USO DA LETRA DA MÚSICA “ESTOU ALÉM “ DE ANTÓNIO VARIAÇÕES

 <p>ROSSIO MUSIC PUBLISHING</p> <p>ROSSIO MUSIC PUBLISHING, LDA RUA DOS REMOLARES N 14 1200-371 Lisboa, Portugal</p> <p>Email: yj@rossiomusic.pt Com. Reg. Comercial: Lisboa - 508661072 Sociedade por Quotas NIF-PT508661072 CS: 5000,00 Eur</p>	<p>Fatura / Invoice FT 2022/1 Original</p>	<p>Data / Date 2022-01-07 EUR</p> <p>Data de Vencimento / Due date 2022-01-07</p>
	<p>Cliente / Client Susana Maria Fernandes da Silva Albuquerque Nelva</p> <p>Morada / Address Av. Santana nº 1326 4910-225 Moledo - MOLEDO CMN, Portugal</p> <p>NIF / Tax Reg. Nr. 204441404</p>	

Página / Page 1 / 1

Código / Code	Descrição / Description	Qtz. / Qt.	Un. / Un.	Preço un. / Un. Price	IIVA / VAT	% Desc. / Discount	Valor sem Iva / Net amount
	Reprodução gráfica da letra da obra ESTOU ALÉM (A. Variações) na tese de doutoramento no tema de «Auto percepção e impacto na intervenção - estudo qualitativo - ansiedade, depressão, ansiedade nerviosa e Pânico»	1.00	un	40.00	23%		40.00



Assinatura eletrónica Avançada

Assinado por: ROSSIO MUSIC PUBLISHING, LDA

Data: 2022-01-07 12:09:48 +00 VATAPT-508661072


a1Pa - Processado por programa certificado nº 36Q/AT - TOCanline

Taxa / Tax	Base / Incidence	Valor / Amount	
23%	40.00	9.20	

Total IVA / VAT	9.20
Descontos de linha / Item Discounts	0.00
Total Líquido / Net Total	40.00
Total	49.20

NOVO BANCO
Rua do Comércio, Lisboa, Portugal
IBAN - PT500070000042058796623
Account number - 0006 2327 7769
BIC-Swift: BCOMPTPL

Os artigos/serviços faturados foram colocados à disposição do adquirente na data do documento (Alínea f do N.º 5 do Art.º 36 CIVA). / Articles/services billed were made available to the buyer on the date of the document (Paragraph f of N.º 5 of Article 36 CIVA).



8. BIBLIOGRAFIA

- Ackermans, M. A., Jonker, N. C., Bennis, E. C., & de Jong, P. J. (2022). Hunger increases negative and decreases positive emotions in women with a healthy weight. *Undefined*, 168, 105746. <https://doi.org/10.1016/J.APPET.2021.105746>
- adequada* - *Dicionário Online Priberam de Português*. (n.d.). Retrieved December 1, 2021, from <https://dicionario.priberam.org/adequada>
- Ahmedani, B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 8(2), 4–1. [/pmc/articles/PMC3248273/](https://doi.org/10.1016/j.jswve.2011.02.001)
- Alckmin-Carvalho, F., Dos Santos, D. R., Rafhi-Ferreira, R. El, & Soares, M. R. Z. (2016). Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. *Avaliacao Psicologica*, 15(2), 265–274. <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1502.15>
- Alea, N. (2017). Does the Life Story Interview Make Us Make Sense? Spontaneous and Cued Redemption and Contamination in Life Story Scenes: <https://doi.org/10.1177/0276236617733837>, 37(3), 271–292. <https://doi.org/10.1177/0276236617733837>
- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/S11920-018-0969-9>
- Alexander, L. A., & Link, B. G. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 271–289. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118267>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Almeida, F., Superior, I., Gaya, P., Queirós, A., & Faria, D. (2017). *Strengths and Limitations of Qualitative and Quantitative Research*

Methods Innovation and Entrepreneurship View project Observatory of Portuguese Academic Spin-offs View project European Journal of Education Studies **STRENGTHS AND LIMITATIONS OF QUALITATIVE AND QUANTITATIVE RESEARCH METHODS.**

<https://doi.org/10.5281/ZENODO.887089>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatry Association (Ed.); 5th ed.). American Psychiatric Association.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Amirazodi, F., & Amirazodi, M. (2011). Personality traits and Self-esteem. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 713–716.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.296>

An, R., & Lu, L. (2016). Antidepressant use and functional limitations in U.S. older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 80, 31–36.

<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2015.11.007>

Andersen, M. F., Nielsen, K. M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(2), 93–104.

<https://doi.org/10.5271/sjweh.3257>

Andersen, S. T., Linkhorst, T., Gildberg, F. A., & Sjögren, M. (2021). Why Do Women with Eating Disorders Decline Treatment? A Qualitative Study of Barriers to Specialized Eating Disorder Treatment. *Nutrients*, 13(11), 4033.

<https://doi.org/10.3390/nu13114033>

Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome.

Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research, 26(5), 511–529.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>

Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G., & Schomerus, G.

(2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at

the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*, 16(1), 50–61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>

- Antunes, C., & Machado, C. (2012). Abuso sexual na infância e adolescência: Resiliência, competência e coping. *Análise Psicológica*, 30(1 / 2), 63–77. <https://doi.org/10.14417/ap.533>
- Arseneault, L. (2017). The long-term impact of bullying victimization on mental health. *World Psychiatry*, 16(1), 27. <https://doi.org/10.1002/WPS.20399>
- Bains, N., & Abdijadid, S. (2021). Major Depressive Disorder. *Major Depressive Disorder*, 1–189. <https://doi.org/10.1016/C2017-0-01421-0>
- Barnes, M. F. (1995). Sex therapy in the couples context: Therapy issues of victims of sexual trauma. *The American Journal of Family Therapy*, 23(4), 351–360. <https://doi.org/10.1080/01926189508251365>
- Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009). Quality of Life Impairment in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2009.07.011>
- Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version Of The Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF*, 19(3), 523–531. <https://doi.org/10.1590/1413-827120140190030>
- Baudinet, J., Simic, M., & Eisler, I. (2021). Formulation in eating disorder focused family therapy: why, when and how? *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00451-3>
- Bentley, K. H., Cohen, Z. D., Kim, T., Bullis, J. R., Nauphal, M., Cassiello-Robbins, C., Sauer-Zavala, S., Sbi, S., Gallagher, M. W., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). The Nature, Timing, and Symptom Trajectories of Dropout From Transdiagnostic and Single-Diagnosis Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 52(6), 1364–1376. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2021.03.007>
- Berger, R., & Weiss, T. (2009). The posttraumatic growth model: An expansion to the family system. *Traumatology*, 15(1), 63–74.

<https://doi.org/10.1177/1534765608323499>

Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(1), 99–108.

<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.001>

Beveridge, J., Phillipou, A., Jenkins, Z., Newton, R., Brennan, L., Hanly, F., Torrens-Witherow, B., Warren, N., Edwards, K., & Castle, D. (2019). Peer mentoring for eating disorders: results from the evaluation of a pilot program. *Journal of Eating Disorders, 7*(1).

<https://doi.org/10.1186/S40337-019-0245-3>

Bharadwaj, P., Pai, M. M., & Suziedelyte, A. (2015). *Mental Health Stigma*. <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/>

Bonhauser, M., Fernandez, G., Püschel, K., Yañez, F., Montero, J., Thompson, B., & Coronado, G. (2005). Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school-based controlled trial. *Health Promotion International, 20*(2), 113–122. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah603>

Borges, J. L., & Dell’aglio, D. D. (2020). Early maladaptive schemas as mediators between child maltreatment and dating violence in adolescence. *Ciencia e Saude Coletiva, 25*(8), 3119–3130.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.24992018>

Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 203–208.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/LBORZA>

Botha, D. (2020). Analysing Anorexia Nervosa: Digital Logic Provides Alternative Meanings of its Nature, Leading to Alternative Forms of Psychotherapy. *Neofit Rilski, 13*(2), 286–307.

<https://doi.org/10.37708/psyct.v13i2.471>

Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*(1), 31–49.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.


<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brigham, K. S., Manzo, L. D., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2018). Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Current Pediatrics Reports*, 6(2), 107. /pmc/articles/PMC6534269/
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. *Handbook of Child Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.CHPSY0114>
- Bryant-Waugh, R. (2013). Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 420–423. <https://doi.org/10.1002/EAT.22093>
- Bullock, L., Ghazarian, S., Nimer, M., Signing, L., Herbell, K., Farje, D., Campbell, J. C., & Sharps, P. (2021). Children Exposed to IPV: Impact of Multiple Father Figures. *Maternal and Child Health Journal*, 25(9), 1447–1454. <https://doi.org/10.1007/S10995-021-03184-6>
- Campo-Arias, A., & De Mendieta, C. T. (2021). Social determinants of mental health and the COVID-19 pandemic in low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 9(8), e1029–e1030. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00253-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00253-9)
- Cañas, L., Palma, C., Molano, A. M., Domene, L., Carulla-Roig, M., Cecilia-Costa, R., Dolz, M., & Serrano-Troncoso, E. (2021). Avoidant/restrictive food intake disorder: Psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population. *European Eating Disorders Review*, 29(2), 245–256. <https://doi.org/10.1002/erv.2815>
- Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros-Teuber, S., Cáceres, C., & Vitriol, V. (2018). Factors associated with psychiatric comorbidity in depression patients in primary health care in Chile. *Depression Research and Treatment*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/1701978>
- Caridade, S., Fonte, C., & Neiva, S. (2018). Vitimização precoce e funcionamento adaptativo em adultos: estratégias de enfrentamento. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 10(1), 11–21. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.V10.N1.16864>

- Carneiro, A. M., & Dobson, K. S. (2016). Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(1), 42–49. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20160007>
- Castillo, E. G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., Docherty, M., Aguilera Nunez, M. G., Barcelo, N., Goodsmith, N., Halpin, L. E., Morton, I., Mango, J., Montero, A. E., Rahmanian Koushkaki, S., Bromley, E., Chung, B., Jones, F., Gabrielian, S., Gelberg, L., ... Wells, K. B. (2019). Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Current Psychiatry Reports*, 21(5). <https://doi.org/10.1007/S11920-019-1017-0>
- Cefai, C., Ando, J., Roviš, D., De La Fuente, J., González-Torres, C., Artuch-Garde, R., Vera-Martínez, M. M., Manuel Martínez-Vicente, J., & Peralta-Sánchez, F. J. (2021). Resilience as a Buffering Variable Between the Big Five Components and Factors and Symptoms of Academic Stress at University. *Frontiers in Psychiatry* / *Www.Frontiersin.Org*, 1, 600240. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.600240>
- Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D., & Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(2), e009435. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009435>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Chyczij, F. F., Ramos, C., Santos, A., Jesus, L., & Alexandre, J. (2020a). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(Nº 2), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>
- Chyczij, F. F., Ramos, C., Santos, A., Jesus, L., & Alexandre, J. (2020b). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(Nº 2), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>

- Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology, 12*(3), 297–298.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., L Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2021). *What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies.* <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Clinton, D. N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*(1), 29–35.
<https://doi.org/10.1159/000289028>
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The Social Determinants of Mental Health CLINICAL SYNTHESIS. *Focus, 13*(4), 419.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017>
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *SEM MAIS TEMPO A PERDER Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década.* Conselho Nacional de Saúde. <https://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). *PRACTICE REVIEW Clinician Interventions and Participant Characteristics That Foster Adaptive Patient Expectations for Psychotherapy and Psychotherapeutic Change.*
<https://doi.org/10.1037/a0029440>
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. A. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 184–192. <https://doi.org/10.1002/JCLP.20754>
- Cooney, M., Lieberman, M., Guimond, T., & Katzman, D. K. (2018). Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of Eating Disorders, 6*(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0193-3>
- Corrigan, P. W., & Bink, A. B. (2016). The Stigma of Mental Illness. In *Encyclopedia of Mental Health* (Vol. 4, pp. 230–234). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1>

- Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*, *218*(1–2), 35–38.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(8), 464–469.
<https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Costa, M. B., & Melnik, T. (2016). *Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews*. *14*(2). <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>
- Coverdale, G. E., & Long, A. F. (2015). Emotional wellbeing and mental health: an exploration into health promotion in young people and families. *Perspectives in Public Health*, *135*(1), 27–36.
<https://doi.org/10.1177/1757913914558080>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, *3*(1), 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Cruz, A. M., Gonçalves-Pinho, M., Santos, J. V., Coutinho, F., Brandão, I., & Freitas, A. (2018). Eating disorders—Related hospitalizations in Portugal: A nationwide study from 2000 to 2014. *International Journal of Eating Disorders*, *51*(10), 1201–1206.
<https://doi.org/10.1002/eat.22955>
- Curran, T., & Hill, A. P. (2017). *Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016*.
<https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- D’Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *23*(4), 238–244.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
- de la Fuente, J., Amate, J., González-Torres, M. C., Artuch, R., García-Torrecillas, J. M., & Fadda, S. (2020). Effects of Levels of Self-Regulation and Regulatory Teaching on Strategies for Coping With Academic Stress in Undergraduate Students. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.00022>

- de la Fuente, J., Santos, F. H., Garzón-Umerenkova, A., Fadda, S., Solinas, G., & Pignata, S. (2021). Cross-Sectional Study of Resilience, Positivity and Coping Strategies as Predictors of Engagement-Burnout in Undergraduate Students: Implications for Prevention and Treatment in Mental Well-Being. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 81. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.596453/BIBTEX>
- DeMartini, J., Patel, G., & Fancher, T. L. (2019). Generalized Anxiety Disorder. *Annals of Internal Medicine, 170*(7), ITC49. <https://doi.org/10.7326/AITC201904020>
- Dewa, C. S., & McDaid, D. (2011). Investing in the Mental Health of the Labor Force: Epidemiological and Economic Impact of Mental Health Disabilities in the Workplace. In *Work Accommodation and Retention in Mental Health* (pp. 33–51). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0428-7_2
- DGS, Saúde, D.-G. da, & DGS. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL 2017*. Direção-Geral da Saúde. www.dgs.pt
- Dias, C., Cruz, A. F., & Fonseca, A. M. (2009). Emoções, stress, ansiedade e coping: estudo qualitativo com atletas de elite. *Revista Portuguesa de Ciências Do Desporto, 9*(1), 9–23. <https://doi.org/10.5628/rpcd.09.01.09>
- Dobrescu, S. R., DInkler, L., Gillberg, C. C., Råstam, M., Gillberg, C. C., Wentz, E., & Wentz Background, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British Journal of Psychiatry, 216*(2), 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.113>
- Doll, C. M., Michel, C., Rosen, M., Osman, N., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2021). Predictors of help-seeking behaviour in people with mental health problems: a 3-year prospective community study. *BMC Psychiatry, 21*(1), 432. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03435-4>
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 476–493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
-  Dovey, T. M., Aldridge, V. K., Martin, C. I., Wilken, M., & Meyer, C. (2016). Screening Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

in children: Outcomes from utilitarian versus specialist psychometrics. *Eating Behaviors*, 23, 162–167.

<https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2016.10.004>

Duncan, F., Baskin, C., McGrath, M., Coker, J. F., Lee, C., Dykxhoorn, J., Adams, E. A., Gnani, S., Lafortune, L., Kirkbride, J. B., Kaner, E., Jones, O., Samuel, G., Walters, K., Osborn, D., & Oliver, E. J. (2021). Community interventions for improving adult mental health: mapping local policy and practice in England. *BMC Public Health*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12889-021-11741-5/TABLES/5>

Eccles, J. S. (2005). Influences of parents' education on their children's educational attainments: the role of parent and child perceptions.

London Review of Education.

<https://doi.org/10.1080/14748460500372309>

Egan, S. J., Wade, T. D., Fitzallen, G., O'Brien, A., & Shafran, R. (2021). A meta-synthesis of qualitative studies of the link between anxiety, depression and perfectionism: implications for treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1–17.

<https://doi.org/10.1017/S1352465821000357>

Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Lim, J. X., Ho, M. ho R., & Rohde, P. (2018). Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *Journal of Affective Disorders*, 228, 248–253. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2017.12.014>

estigma - Dicionário Online Priberam de Português. (n.d.). Retrieved December 6, 2021, from <https://dicionario.priberam.org/estigma>

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169–173.

<https://doi.org/10.1037/A0037596>

Eurostat Statistics Explained. (2020). *Mental health and related issues statistics - Statistics Explained*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

Fan, J., & Fan, J. (2020). Relationships between Five-Factor Personality Model and Anxiety: The Effect of Conscientiousness on Anxiety.

Open Journal of Social Sciences, 8(8), 462–469.
<https://doi.org/10.4236/JSS.2020.88039>

- Fang, Q., Zhang, T.-M., Wong, Y. L. I., Yau, Y. Y., Li, X.-H., Li, J., Chui, C. H. K., Tse, S., Chan, C. L.-W., Chen, E. Y. H., & Ran, M.-S. (2021). The mediating role of knowledge on the contact and stigma of mental illness in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 935–945.
<https://doi.org/10.1177/0020764020975792>
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9(1), 67.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67/PEER-REVIEW>
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., & Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1), 30.
<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1).
http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/pdf/fereday.pdf
- Fernandes, L., Basílio, N., Figueira, S., & Nunes, J. M. (2017). Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 797–805. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33212016>
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2006). Child Sexual Abuse, Coping Responses, Self-Blame, Posttraumatic Stress Disorder, and Adult Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652–672. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260506286879>
- Fisher, C., Goldsmith, A., Hurcombe, R., & Soares, C. (2017). *The impacts of child sexual abuse : A rapid evidence assessment Summary report. July*. <https://www.iicsa.org.uk/cy/key-documents/1534/view/iicsa-impacts-child-sexual-abuse-rapid-evidence-assessment-full-report-english.pdf>
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D.

- K., Rome, E. S., Callahan, S. T., Malizio, J., Kearney, S., & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health, 55*(1), 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2020). Reflections on Three Decades of Research on Multidimensional Perfectionism: An Introduction to the Special Issue on Further Advances in the Assessment of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment, 38*(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/0734282919881928>
- Formiga, N. S., Fleury, L. F. de O., Souza, M. A., & Souza, M. A. F. (2015). Verificação da Estrutura Fatorial da Escala de Autoconceito Profissional em Funcionários de Diferentes Empresas Brasileiras. *Actualidades En Psicología, 29*(118), 47–55. <https://doi.org/10.15517/ap.v29i118.17109>
- Frazzetto, G. (2013). *How We Feel: What neuroscience can - and can't - tell us about our emotions*. Transworld Publishers.
- Fresán, A., Robles-García, R., Madrigal, E., Tovilla-Zarate, C. A., Martínez-López, N., & Arango de Montis, I. (2018). Demographic and clinical features related to perceived discrimination in schizophrenia. *Psychiatry Research, 262*, 427–430. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.09.019>
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The Impact of Individual Depressive Symptoms on Impairment of Psychosocial Functioning. *PLoS ONE, 9*(2), 90311. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0090311>
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Fernández de la Cruz, L., Chamorro, J., Pérez-Vigil, A., Ioannidis, J. P. A., Solanes, A., Guardiola, M., Almodóvar, C., Miranda-Olivos, R., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Fatjó-Vilas, M., & Radua, J. (2020). Risk and protective factors for anxiety and obsessive-compulsive disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychological Medicine, 50*(8), 1300–1315. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001247>
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology:*

Research, Practice, Consultation, 7(4), 240–257.
<https://doi.org/10.1037/IPP0000094>

- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Gaebel, W., Rössler, W., & Sartorius, N. (2017). The Stigma of Mental Illness - End of the Story? In W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231. <https://doi.org/10.1002/WPS.20231>
- Ganci, M., Atkins, L., & Roberts, M. E. (2021). Exploring alternatives for adolescent anorexia nervosa: adolescent and parent treatment (APT) as a novel intervention prospect. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00423-7>
- García-Grau, P., Ayora Pérez, D., Calabuig Moreno, F., & Prado-Gascó, V. J. (2014). Self-concept in preadolescence: A brief version of AF5 scale. *Motriz: Revista de Educação Física*, 20(2), 151–157. <https://doi.org/10.1590/S1980-65742014000200004>
- Garcia, K. M., Carlton, C. N., & Richey, J. A. (2021). Parenting Characteristics among Adults With Social Anxiety and their Influence on Social Anxiety Development in Children: A Brief Integrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 563. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.614318>
- Gaylord, A. L., Cowell, W. J., Hoepner, L. A., Perera, F. P., Rauh, V. A., Herbstman, J. B., & Herbstman, J. (2018). Impact of housing instability on child behavior at age 7 HHS Public Access. In *Int J Child Health Hum Dev* (Vol. 10, Issue 3).
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y., & Hendrick, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 19–30.

<https://doi.org/10.1007/s40519-015-0207-y>

Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice.

Http://Dx.Doi.Org/10.1080/10503307.2013.845920, 24(2), 117–131.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>

Gergov, V., Lindberg, N., Lahti, J., Lipsanen, J., & Marttunen, M. (2021). Effectiveness and Predictors of Outcome for Psychotherapeutic Interventions in Clinical Settings Among Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12, 347.

<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.628977/BIBTEX>

Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., & McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 52, 25–33.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.001>

Giel, K. E., Behrens, S. C., Schag, K., Martus, P., Herpertz, S., Hofmann, T., Skoda, E.-M., Voderholzer, U., von Wietersheim, J., Wild, B., Zeeck, A., Schmidt, U., Zipfel, S., & Junne, F. (2021). Efficacy of post-inpatient aftercare treatments for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00487-5>

Gilbert, P. (2019). Psychotherapy for the 21st century: An integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 164–189.

<https://doi.org/10.1111/papt.12226>

Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20–29.

<https://doi.org/10.1590/s0034-75901995000300004>

Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., Steptoe, A., Whooley, M. A., & Otte, C. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews Disease Primers* 2020 6:1, 6(1), 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>

Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Nissen-Lie, H. A., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2016). *Unpacking the therapist effect: Impact of*

treatment length differs for high-and low-performing therapists.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1216625>

- Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., Fetissof, S., Godart, N., Melchior, J.-C., Ramoz, N., Rovere-Jovene, C., Tolle, V., Viltart, O., & Epelbaum, J. (2016). New Insights in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Neuroscience*, *10*(JUN), 256. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256>
- Grant, S., Langan-Fox, J., & Anglim, J. (2009). *Big Five Traits and Well-being 1 Running head: BIG FIVE TRAITS AND WELL BEING The Big Five Traits as Predictors of Subjective and Psychological Well-Being.* <https://doi.org/10.2466/pr0.105.1.205-231>
- Grosse Holtforth, M., Wilm, K., Beyermann, S., Rhode, A., Trost, S., & Steyer, R. (2011). Differential change in integrative psychotherapy: A re-analysis of a change-factor based RCT in a naturalistic setting. *Psychotherapy Research*, *21*(6), 631–643. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.602749>
- Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Rodríguez-Prat, A., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. (2017). Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis. *Palliative Medicine*, *31*(9), 798–813. <https://doi.org/10.1177/0269216316685235>
- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E., & Courtet, P. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*, *6*. <https://doi.org/10.1038/SREP35761>
- Guimarães, L. C., Werpp, M., & Santos, L. A. (2017). *EFICÁCIA DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR.*
- Gunnarsdóttir, H., Löve, J., Hensing, G., Källström, Å., Garthus-Niegel, S., Janson, S., Gunnarsdóttir, H., Löve, J., Hensing, G., & Källström, Å. (2021). To Live, Not Only Survive—An Ongoing Endeavor: Resilience of Adult Swedish Women Abused as Children. *Frontiers in Public Health*, *9*(February), 1–11.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.599921>

Gutiérrez, G. E. (2011). Anorexia nerviosa: ¿la rata o el diván? *Acción Psicológica*, 8(1), 57–70.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3418497&orden=287513&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3418497>

Halmi, K. A. (2013). Perplexities of treatment resistance in eating disorders. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-292/PEER-REVIEW>

Hammer-Helmich, L., Haro, J. M., Jönsson, B., Melac, A. T., Di Nicola, S., Chollet, J., Milea, D., Rive, B., & Saragoussi, D. (2018). Functional impairment in patients with major depressive disorder: the 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 239. <https://doi.org/10.2147/NDT.S146098>

Harrer, M., Adam, S. H., Messner, E. M., Baumeister, H., Cuijpers, P., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Jacobi, C., Taylor, C. B., & Ebert, D. D. (2020). Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 813–833. <https://doi.org/10.1002/EAT.23224>


Hatem, C., Lee, C. Y., Zhao, X., Reesor-Oyer, L., Lopez, T., & Hernandez, D. C. (2020). Food insecurity and housing instability during early childhood as predictors of adolescent mental health. *Journal of Family Psychology*, 34(6), 721–730. <https://doi.org/10.1037/fam0000651>

Hauber, K., Boon, A., & Vermeiren, R. (2020). Therapeutic Relationship and Dropout in High-Risk Adolescents' Intensive Group Psychotherapeutic Programme. *Frontiers in Psychology*, 11, 3291. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.533903/BIBTEX>

Hauschild, A., Laís, M., Paulina, P., & Mantovani, C. (2009). A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. *Aletheia*, 30, 158–171. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24–29.

<https://doi.org/10.1111/imj.14691>

- Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A., & Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.PUB2>
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- Hepgul, N., Cattaneo, A., Zunszain, P. A., & Pariante, C. M. (2013). Depression pathogenesis and treatment: What can we learn from blood mRNA expression? *BMC Medicine*, 11(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-28/TABLES/4>
- Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 61(2), 101–110.
<https://doi.org/10.1037/cap0000209>
- Hilton, M. F., Scuffham, P. A., Vecchio, N., & Whiteford, H. A. (2010). Using the Interaction of Mental Health Symptoms and Treatment Status to Estimate Lost Employee Productivity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 151–161.
https://www.academia.edu/13294211/Using_the_interaction_of_mental_health_symptoms_and_treatment_status_to_estimate_lost_employee_productivity
- Hinrichsen, H., Waller, G., & Dhokia, R. (2013). Core beliefs and social anxiety in the eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2007 12:1, 12(1), e14–e18.
<https://doi.org/10.1007/BF03327776>
- Hogben, M., Ford, J., Becasen, J. S., & Brown, K. F. (2015). A Systematic Review of Sexual Health Interventions for Adults: Narrative Evidence. *Journal of Sex Research*, 52(4), 444.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2014.973100>
-  Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to

domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797–810.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>

Hong, R. Y., Lee, S. S. M., Chng, R. Y., Zhou, Y., Tsai, F. F., & Tan, S. H. (2017). Developmental Trajectories of Maladaptive Perfectionism in Middle Childhood. *Journal of Personality*, 85(3), 409–422.
<https://doi.org/10.1111/JOPY.12249>

Horvath, A. O., Re, A. C. Del, Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). *Alliance in Individual Psychotherapy*.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>

Hutchinson, M., Hurley, J., Kozlowski, D., & Whitehair, L. (2018). The use of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision-making: A qualitative, exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), e600–e610. <https://doi.org/10.1111/JOCN.14106>

Imel, Z. E., Sheng, E., Baldwin, S. A., & Atkins, D. C. (2015). Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52(3), 329–336. <https://doi.org/10.1037/PST0000023>

intervir - Dicionário Online Priberam de Português. (n.d.). Retrieved December 1, 2021, from <https://dicionario.priberam.org/intervir>

Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41(9), 1939–1949.
<https://doi.org/10.1017/S0033291710002631>

Jacobi, Corinna, Hütter, K., & Fittig, E. (2017). Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. In W. S. Agras & A. Robinson (Eds.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190620998.013.6>

James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. L. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with

disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7/ATTACHMENT/DB6E3413-74DC-43AE-B7CC-CA155C28589E/MMC2.PDF](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7/ATTACHMENT/DB6E3413-74DC-43AE-B7CC-CA155C28589E/MMC2.PDF)

- Jansen, A., Voorwinde, V., Hoebink, Y., Rekkers, M., Martijn, C., & Mulkens, S. (2016). Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 90–96. <https://doi.org/10.1016/J.JBTEP.2015.06.002>
- Jordan, J., Leliveld, M. C., & Tenbrunsel, A. E. (2015). The moral self-image scale: Measuring and understanding the malleability of the moral self. *Frontiers in Psychology*, 6(DEC), 1878.
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.01878/BIBTEX>
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6), e017858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(3), 181–190. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000300005>
- Kadam, U. T., Croft, P., Mcleod, J., & Hutchinson, M. (2001). A qualitative study of patients' views on anxiety and depression. *British Journal of General Practice*, 375.
- Kan, C., Eid, L., Treasure, J., & Himmerich, H. (2020). A Meta-Analysis of Dropout and Metabolic Effects of Antipsychotics in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00208>
- Kaplan, S. C., Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Menatti, A., & Weeks, J. W. (2015). Social Anxiety and the Big Five Personality Traits: The Interactive Relationship of Trust and Openness.
<http://Dx.Doi.Org/10.1080/16506073.2015.1008032>, 44(3), 212–222.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008032>

Karsten, J., Penninx, B. W. J. H., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. A., & Hartman, C. A. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research, 46*(5), 644–650.

<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2012.01.024>

Katzman, D. K., Stevens, K., & Norris, M. (2014). Redefining feeding and eating disorders: What is avoidant/restrictive food intake disorder? *Paediatrics & Child Health, 19*(8), 445.

<https://doi.org/10.1093/PCH/19.8.445>

Keery, H., LeMay-Russell, S., Barnes, T. L., Eckhardt, S., Peterson, C. B., Lesser, J., Gorrell, S., & Le Grange, D. (2019). Attributes of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Eating Disorders, 7*(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0261-3>

Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2009). Epidemiology of Anxiety Disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 2*, 21–35. https://doi.org/10.1007/7854_2009_9

Klomek, A. B., Sourander, A., & Elonheimo, H. (2015). Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *The Lancet Psychiatry, 2*(10), 930–941. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00223-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00223-0)

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva...30(2):5464. *Revista Brasileira Psiquiatria, 30*, 555–564.

Ko, A., Hewitt, P. L., Cox, D., Flett, G. L., & Chen, C. (2019). Adverse parenting and perfectionism: A test of the mediating effects of attachment anxiety, attachment avoidance, and perceived defectiveness. *Personality and Individual Differences, 150*.

<https://doi.org/10.1016/J.PAID.2019.06.017>

Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental Health Promotion in Public Health: Perspectives and Strategies From Positive Psychology. *American Journal of Public Health, 101*(8), e1.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300083>

- Kohn, J. B. (2016). What Is ARFID? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(11), 1872.
<https://doi.org/10.1016/J.JAND.2016.08.016>
- Koike, S., Yamaguchi, S., Ojio, Y., Ohta, K., Shimada, T., Watanabe, K., Thornicroft, G., & Ando, S. (2018). A randomised controlled trial of repeated filmed social contact on reducing mental illness-related stigma in young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 199–208. <https://doi.org/10.1017/S2045796016001050>
- Konnopka, A., & König, H. (2020). Economic Burden of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PharmacoEconomics*, 38(1), 25–37. <https://doi.org/10.1007/S40273-019-00849-7>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274–279.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>
- Kroencke, L., Geukes, K., Utesch, T., Kuper, N., & Back, M. D. (2020). Neuroticism and emotional risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of Research in Personality*, 89, 104038.
<https://doi.org/10.1016/J.JRP.2020.104038>
- Lambert, M. J., & Cattani, K. (2012). Practice-Friendly Research Review: Collaboration in Routine Care. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 209–220. <https://doi.org/10.1002/JCLP.21835>
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72–79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Langarita-Llorente, R., & Gracia-García, P. (2019). [Neuropsychology of generalized anxiety disorders: a systematic review]. *Revista de Neurologia*, 69(2), 59–67. <https://doi.org/10.33588/RN.6902.2018371>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481.
<https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of*

Abnormal Psychology. <https://doi.org/10.1037/a0034709>

- Le, L. K.-D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *53*, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>
- LeDoux, J. E. (2014). Coming to terms with fear. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(8), 2871–2878. <https://doi.org/10.1073/pnas.1400335111>
- Lee, J. A., Neimeyer, G. J., & Rice, K. G. (2013). The Relationship Between Therapist Epistemology, Therapy Style, Working Alliance, and Interventions Use. *American Journal of Psychotherapy*, *67*(4), 323–345. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.4.323>
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2017). Emotional Meanings Assigned to Eating Disorders: Narratives of Women with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Universitas Psychologica*, *16*(4), 1. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.emae>
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, *2*(6), 524–531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)
- Levinson, C. A., Sala, M., Murray, S., Ma, J., Rodebaugh, T. L., & Lenze, E. J. (2019). Diagnostic, clinical, and personality correlates of food anxiety during a food exposure in patients diagnosed with an eating disorder. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* *24*:6, *24*(6), 1079–1088. <https://doi.org/10.1007/S40519-019-00669-W>
- Lewis, E. G., & Cardwell, J. M. (2020). The big five personality traits, perfectionism and their association with mental health among UK students on professional degree programmes. *BMC Psychology*, *8*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S40359-020-00423-3/TABLES/7>
- Lie, S. Ø., Rø, Ø., & Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, *52*(5), 497–514. <https://doi.org/10.1002/EAT.23035>

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22435>

Linardon, J., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *The International Journal of Eating Disorders, 51*(5), 381–391. <https://doi.org/10.1002/EAT.22850>

Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *American Family Physician, 91*(9), 617–624. www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician617

Logothetis, N. K. (2008). What we can do and what we cannot do with fMRI. *Nature, 453*(7197), 869–878. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18548064>

Lopes, C. S., Hellwig, N., E Silva, G. D. A., & Menezes, P. R. (2016). Inequities in access to depression treatment: Results of the Brazilian National Health Survey - PNS. *International Journal for Equity in Health, 15*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12939-016-0446-1/TABLES/2>

Lucarelli, L., Sechi, C., Cimino, S., & Chatoor, I. (2018). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Longitudinal Study of Malnutrition and Psychopathological Risk Factors From 2 to 11 Years of Age. *Frontiers in Psychology, 9*(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01608>

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry, 5*(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A., Zimmermann, D., Böhnke, J. R., & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research,*

25(6), 647–660. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1053553>

Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology (London, England : 1953)*, 91 (Pt 1)(1), 1–20. <https://doi.org/10.1348/000712600161646>

Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). *Doing a Thematic Analysis : A Practical , Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars .* 3(3), 3351–33514. <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>

Manti, S., & Licari, A. (2018). How to obtain informed consent for research. *Breathe*, 14(2), 145. <https://doi.org/10.1183/20734735.001918>

Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2014-007079>

Margolin, G. (2004). Effects of domestic violence on children. *Violence against Children in the Family and the Community.*, 57–101. <https://doi.org/10.1037/10292-003>

Marzola, E., Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Amianto, F., & Fassino, S. (2015). A qualitative investigation into anorexia nervosa: The inner perspective. *Cogent Psychology*, 2(1), 1032493. <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1032493>

Matheson, K., Asokumar, A., & Anisman, H. (2020). Resilience: Safety in the Aftermath of Traumatic Stressor Experiences. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/FNBEH.2020.596919>

McAdams, D. P. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>

McAdams, D. P. (2018). Narrative Identity: What Is It? What Does It Do? How Do You Measure It? *Imagination, Cognition and Personality*, 37(3), 359–372. <https://doi.org/10.1177/0276236618756704>

- Melton, H., Meader, N., Dale, H., Wright, K., Jones-Diette, J., Temple, M., Shah, I., Lovell, K., McMillan, D., Churchill, R., Barbui, C., Gilbody, S., & Coventry, P. (2020). Interventions for adults with a history of complex traumatic events: the INCiTE mixed-methods systematic review. *Health Technology Assessment*, 24(43), 1–312.
<https://doi.org/10.3310/hta24430>
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669–682.
<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.157.5.669/ASSET/IMAGES/LARGE/AX3T1.JPEG>
- Michaels, P. J., Corrigan, P. W., & Lopez, M. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society, & Education*, 4(2), 183–194.
https://www.researchgate.net/publication/285888809_Constructs_and_concepts_comprising_the_stigma_of_mental_illness
- Michel, C., Schnyder, N., Schmidt, S. J., Groth, N., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 54, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2018.06.009>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). *Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment*. 52(4), 449–457. <https://doi.org/10.1037/PST0000031>
- Miloyan, B., Joseph Bienvenu, O., Brilot, B., & Eaton, W. W. (2018). Adverse life events and the onset of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 259, 488–492.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.027>
- Mobbs, D., Adolphs, R., Fanselow, M. S., Barrett, L. F., LeDoux, J. E., Ressler, K., & Tye, K. M. (2019). Viewpoints: Approaches to defining and investigating fear. *Nature Neuroscience*, 22(8), 1205–1216.
<https://doi.org/10.1038/S41593-019-0456-6>
- Mohammadi, A., Abasi, I., Soleimani, M., Moradian, S. T., Yahyavi, T., & Zarean, M. (2019). Cultural Aspects of Social Anxiety Disorder: A Qualitative Analysis of Anxiety Experiences and Interpretation.

Iranian Journal of Psychiatry, 14(1), 33.
<https://doi.org/10.18502/ijps.v14i1.420>

Moore, C. A., & Bokor, B. R. (2021). Anorexia Nervosa. *StatPearls*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459148/>

Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242–250. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>

Mueller, I., & Tronick, E. (2019). Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 156.
<https://doi.org/10.3389/FNBEH.2019.00156/BIBTEX>

Murcho, N., Pacheco, E., & Jesus, S. N. de. (2016). Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 15, 30–36.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0129>

Nacional De Saúde, P. (2007). *Relatório da Avaliação do COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DA REFORMA DA SAÚDE MENTAL*.

Neiva, S. (2016). *Adultos com experiências precoces de vitimação e resiliência : estudo qualitativo* [Universidade Fernando Pessoa].
<http://hdl.handle.net/10284/5547>

Ng, C. S. M., Chiu, M. M., Zhou, Q., & Heyman, G. (2020). The Impact of Differential Parenting: Study Protocol on a Longitudinal Study Investigating Child and Parent Factors on Children's Psychosocial Health in Hong Kong. *Frontiers in Psychology*, 11, 1656.
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.01656/BIBTEX>

Nice, N. I. for H. and C. E. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng69

Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 1–8.

<https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-014-0021-3>

Niedzwiedz, C. L. (2019). How does mental health stigma get under the skin? Cross-sectional analysis using the Health Survey for England. *SSM - Population Health*, 8, 100433.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100433>

Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60, 277–286.

<https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>

Nijhawan, L., Janodia, M., Muddukrishna, B., Bhat, K., Bairy, K., Udupa, N., & Musmade, P. (2013). Informed consent: Issues and challenges. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, 4(3), 134.

<https://doi.org/10.4103/2231-4040.116779>

Nikčević, A. V., Marino, C., Kolubinski, D. C., Leach, D., & Spada, M. M. (2021). Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 279, 578–584.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>

Niveau, N., New, B., & Beaudoin, M. (2021). Self-esteem Interventions in Adults – A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 94.

<https://doi.org/10.1016/J.JRP.2021.104131>

Nohr, L., Lorenzo Ruiz, A., Sandoval Ferrer, J. E., & Buhlmann, U. (2021). Mental health stigma and professional help-seeking attitudes a comparison between Cuba and Germany. *PLOS ONE*, 16(2), e0246501.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246501>

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices.

Psychotherapy, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>

Norris, M. L., & Katzman, D. K. (2015). Change Is Never Easy, but It Is Possible: Reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Two Years After Its Introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 8–9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.021>

- O’Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I. M., Wilkinson, P., Consortium, I., & Midgley, N. (2018). Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(5), 708–721.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393576>
- Oh, Y., Greenberg, M. T., & Willoughby, M. T. (2020). Examining Longitudinal Associations between Externalizing and Internalizing Behavior Problems at Within- and Between-Child Levels. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(4), 467–480.
<https://doi.org/10.1007/s10802-019-00614-6>
- Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). *The relationship between physical and mental health: A mediation analysis*. 195, 42–49.
<https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2017.11.008>
- Oliva, S., Russo, G., Gili, R., Russo, L., Di Mauro, A., Spagnoli, A., Alunni Fegatelli, D., Romani, M., Costa, A., Veraldi, S., & Manti, F. (2021). Risks and Protective Factors Associated With Mental Health Symptoms During COVID-19 Home Confinement in Italian Children and Adolescents: The #Understandingkids Study. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 537.
<https://doi.org/10.3389/FPED.2021.664702/BIBTEX>
- Olives, E. V., Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., Almansa, J., Palacio Vieira, J. A., Valderas, J. M., Ferrer, M., Rajmil, L., & Alonso, J. (2013). Environmental risk and protective factors of adolescents’ and youths’ mental health: differences between parents’ appraisal and self-reports. *Quality of Life Research*, 22(3), 613–622.
<https://doi.org/10.1007/s11136-012-0167-x>
- Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86, 143–151.
<http://www.musicandresilience.net/sites/default/files/2018-04/overton2008stigmamentalillness.pdf>
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 280–288.
<https://doi.org/10.1037/a0035753>
- Park, E. H., Jung, M. H., & Tusconi, M. (2019). The impact of major

depressive disorder on adaptive function: A retrospective observational study. *Medicine (United States)*, 98(52).

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018515>

Pastura, G., & Mattos, P. (2004). Efeitos colaterais do metilfenidato.

Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 31(2), 100–104.

<https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000200006>

Pearson, S., & Hyde, C. (2021). Influences on adolescent help-seeking for mental health problems. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 31(1), 110–121.

<https://doi.org/10.1017/JGC.2020.28>

Pentarakis, A. D. (2018). Treatment outcomes in depression: reducing drop-out rates in cognitive therapy. *BJPsych Advances*, 24(2), 101–109.

<https://doi.org/10.1192/bja.2017.8>

Perelman, J., Chaves, P., de Almeida, J. M. C., & Matias, M. A. (2018).

Reforming the Portuguese mental health system: An incentive-based approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/S13033-018-0204-4/TABLES/2>

Petty, N. J., Thomson, O. P., & Stew, G. (2012a). Ready for a paradigm shift? Part 1: Introducing the philosophy of qualitative research.

Manual Therapy, 17(4), 267–274.

<https://doi.org/10.1016/j.math.2012.03.006>

Petty, N. J., Thomson, O. P., & Stew, G. (2012b). Ready for a paradigm shift? Part 2: Introducing qualitative research methodologies and methods.

Manual Therapy, 17(5), 378–384.

<https://doi.org/10.1016/j.math.2012.03.004>

Pillemer, K., Suitor, J. J., Pardo, S., & Henderson, C. (2010). Mothers' Differentiation and Depressive Symptoms Among Adult Children.

Journal of Marriage and Family, 72(2), 333–345.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00703.x>

Piñar-Gutiérrez, A., Dios-Fuentes, E., Remón-Ruiz, P., Del Can-Sánchez, D., Vázquez-Morejón, A., López-Narbona, M., Dastis-Rodríguez de Guzmán, J., Venegas-Moreno, E., & Soto-Moreno, A. (2021).

Description of characteristics and outcomes of a cohort of patients with severe and enduring eating disorders (SE-ED).

Journal of Eating Disorders 2021 9:1, 9(1), 1–6.

<https://doi.org/10.1186/S40337-021-00492-8>

- Pinto, A. C. S., Luna, I. T., Sivla, A. de A., Pinheiro, P. N. da C., Braga, V. A. B., & Souza, Â. M. A. e. (2014). Risk factors associated with mental health issues in adolescents: a integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(3), 555–564. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>
- Pinto De Almeida, J. S. (2014). *A SAÚDE MENTAL GLOBAL, A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE E OS COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: ESTUDO DE PREVALÊNCIA E CORRELAÇÃO*. Universidade Nova de Lisboa.
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS: A STUDY OF PORTUGUESE ADULTS. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148–163. <https://doi.org/10.15309/15psd160202>
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 405–416. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>
- Ran, M.-S., Peng, M.-M., Yau, Y. Y., Zhang, T.-M., Li, X.-H., Wong, I. Y. L., Ng, S., Thornicroft, G., Chan, C. L.-W., & Lu, L. (2021). Knowledge, contact and stigma of mental illness: Comparing three stakeholder groups in Hong Kong. *The International Journal of Social Psychiatry*, 20764021997479. <https://doi.org/10.1177/0020764021997479>
- Reynolds, D. J., Stiles, W. B., Bailer, A. J., & Hughes, M. R. (2013). Impact of exchanges and client-therapist alliance in online-text psychotherapy. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(5), 370–377. <https://doi.org/10.1089/CYBER.2012.0195>
- Ribeiro, J. L. P. (2010). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. In *Placebo Editora*. Placebo.
- Ribeiro, R. M., Bragiola, J. V. B., Eid, L. P., & Pompeo, D. A. (2019). IMPACTO DA AUTOESTIMA E DOS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS NA AUTOEFICÁCIA DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0429>
- Ribeiro, R. M., Bragiola, J. V. B., Eid, L. P., & Pompeo, D. A. (2020).

IMPACT OF SELF-ESTEEM AND OF THE SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ON THE SELF-EFFICACY OF UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0429>

- Richmond, M. K., Stocker, C. M., & Rienks, S. L. (2005). Longitudinal associations between sibling relationship quality, parental differential treatment, and children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 19(4), 550–559. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.4.550>
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(S7). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221–2231. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2006.12.003>
- Roberts, G., Somers, J., Dawe, J., Passy, R., Mays, C., Carr, G., Shiers, D., & Smith, J. (2007). On the Edge: a drama-based mental health education programme on early psychosis for schools. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(2), 168–176. <https://doi.org/10.1111/J.1751-7893.2007.00025.X>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Roostin, E. (2018). FAMILY INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN. *PrimaryEdu - Journal of Primary Education*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.22460/pej.v1i1.654>
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders. *EMBO Reports*, 17(9), 1250–1253. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.15252/embr.201643041>
- Rozenthal, M., Laks, J., & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 26(2), 204–212. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082004000200010>

- Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *23*(2), 177–187. <https://doi.org/10.1017/S204579601300036X>
- Rüsch, Nicolas, Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2012). What is a mental illness? Public views and their effects on attitudes and disclosure. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*(7), 641–650. <https://doi.org/10.1177/0004867412438873>
- Rüsch, Nicolas, & Kösters, M. (2021). Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma’s impact among people with mental illness: conceptual review and meta-analysis of program efficacy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(9), 1513–1526. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02076-y>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., van Amelsvoort, T., Vieta, E., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I., Vaquerizo-Serrano, J., Baccaredda Boy, O., ... Fusar-Poli, P. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, *41*, 28–39. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2020.10.007>
- Sassaroli, S., Gallucci, M., & Ruggiero, G. M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(4), 467–488. <https://doi.org/10.1016/J.JBTEP.2007.11.005>
- Saúde, D.-G. da. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Direção-Geral da Saúde.
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, *35*(1), 51–71.

- Scarella, T. M., Boland, R. J., & Barsky, A. J. (2019). Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosomatic Medicine*, *81*(5), 398–407. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000691>
- Schneider, R. A., Grasso, J. R., Chen, S. Y., Chen, C., Reilly, E. D., & Kocher, B. (2020). Beyond the Lab: Empirically Supported Treatments in the Real World. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1969. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.01969/BIBTEX>
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *210*(4), 261–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2012.01826.X>
- Schomerus, Georg, Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *269*(4), 469–479. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>
- Seetharaman, S., & Fields, E. L. (2020). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Pediatrics In Review*, *41*(12), 613–622. <https://doi.org/10.1542/pir.2019-0133>
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Gonçalves, A., Nogueira, M. J., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2020). Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *26*(5), 483–492. <https://doi.org/10.1177/1078390319851569>
- Shelley, D., & Craig, W. M. (2010). Attributions and Coping Styles in Reducing Victimization. *Canadian Journal of School Psychology*, *25*(1), 84–100. <https://doi.org/10.1177/0829573509357067>

- Shi, M., Liu, L., Wang, Z. Y., & Wang, L. (2015). The Mediating Role of Resilience in the Relationship between Big Five Personality and Anxiety among Chinese Medical Students: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, *10*(3), e0119916.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119916>
- Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). Generalized Anxiety Disorder: Revisited. *Psychiatric Quarterly*, *91*(3), 905–914.
<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0>
- Shute, R., Maud, M., & McLachlan, A. (2019). The relationship of recalled adverse parenting styles with maladaptive schemas, trait anger, and symptoms of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *259*, 337–348. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.048>
- Sibeoni, J., Verneuil, L., Poulmarc'h, L., Orri, M., Jean, E., Podlipski, M.-A., Gérardin, P., & Révah-Lévy, A. (2020). Obstacles and facilitators of therapeutic alliance among adolescents with anorexia nervosa, their parents and their psychiatrists: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *25*(1), 16–32.
<https://doi.org/10.1177/1359104519882765>
- Sieke, E. H., Strandjord, S. E., Richmond, M., Rome, E. S., & Khadilkar, A. C. (2016). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Anorexia Nervosa Subtypes: How do they Compare? *Journal of Adolescent Health*, *58*(2), S26–S27.
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2015.10.066>
- Silva, A. C. P., Luzio, C. A., Santos, K. Y. P., Yasui, S., & Dionísio, G. H. (2012). A explosão do consumo de ritalina. *Revista de Psicologia Da UNESP*, *11*(2).
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, *30*(4), 259–292.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632016000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Skarbø, T., & Balmbra, S. M. (2020). Establishment of a multifamily therapy (MFT) service for young adults with a severe eating disorder – experience from 11 MFT groups, and from designing and implementing the model. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 9.

<https://doi.org/10.1186/s40337-020-0285-8>

Skorek, M., Song, A. V., & Dunham, Y. (2014). Self-Esteem as a Mediator between Personality Traits and Body Esteem: Path Analyses across Gender and Race/Ethnicity. *PLoS ONE*, 9(11).

<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0112086>

Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A. F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A. M., Shin, J. Il, Fusar-Poli, P., & Castellini, G. (2021). Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(3), 314–323. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>

Sousa, D. (2017). *Investigação Científica em Psicoterapia e Prática Psicoterapêutica* (Fim de Seculo (Ed.)).

Souza, L. K. de. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51–67. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019V71I2P.51-67>

Stallman, H. M. (2020). Health theory of coping. *Australian Psychologist*, 55(4), 295–306. <https://doi.org/10.1111/ap.12465>

Stallman, H. M., Beaudequin, D., Hermens, D. F., & Eisenberg, D. (2021). Modelling the relationship between healthy and unhealthy coping strategies to understand overwhelming distress: A Bayesian network approach. *Journal of Affective Disorders Reports*, 3, 100054. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100054>

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 32, N, 443–462. <https://www.jstor.org/stable/40967597>

Startup, H., Franklin-Smith, M., Barber, W., Gilbert, N., Brown, Y., Glennon, D., Fukutomi, A., & Schmidt, U. (2021). The Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): a feasibility case series of an integrated group based approach. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00424-6>

Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J., & Holstiege, J. (2020).

Mental and somatic comorbidity of depression: A comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12888-020-02546-8/FIGURES/4>

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk Factors that Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38. <https://doi.org/10.1037/ABN0000219>

Stiles, M. (2002). Witnessing Domestic Violence: the Effect on Children. *American Family Physician*, 66(11), 2052.

Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 155(37), 611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>

Suglia, S. F., Duarte, C. S., & Sandel, M. T. (2011). Housing Quality, Housing Instability, and Maternal Mental Health. *Journal of Urban Health*, 88(6), 1105–1116. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9587-0>

Sundfeld, A. C. (2000). Abordagem integrativa: reterritorialização do saber clínico? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 251–257. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000300008>

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>

Szkodny, L. E., Newman, M. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical Experiences in Conducting Empirically Supported Treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 45(1), 7–20. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.009>

Taylor, M., & Edwards, B. (2012). Housing and children's wellbeing and development. *Family Matters*, 91, 47–61. <https://aifs.gov.au/publications/family-matters/issue-91/housing-and-childrens-wellbeing-and-development>

TED. (2017). *The Stigma of Mental Illness | Sam Cohen | TEDxYouth@SRDS - YouTube*.

<https://www.youtube.com/watch?v=bUIBZuQ2c0Q>

Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences

of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1556–1567. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22532>

Tomczyk, S., Schmidt, S., Muehlan, H., Stolzenburg, S., & Schomerus, G. (2020). A Prospective Study on Structural and Attitudinal Barriers to Professional Help-Seeking for Currently Untreated Mental Health Problems in the Community. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 47(1), 54–69. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09662-8>

Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)

Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. In *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 153–167). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0007>

Ullman, S. E., & Brecklin, L. R. (2002). Sexual Assault History and Suicidal Behavior in a National Sample of Women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 117–130. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.117.24398>

Ullman, S. E., & Peter-Hagene, L. (2014). Social reactions to sexual assault disclosure, coping, perceived control, and ptsd symptoms in sexual assault victims. *Journal of Community Psychology*, 42(4), 495–508. <https://doi.org/10.1002/JCOP.21624>

Ullman, S. E., & Relyea, M. (2016). Social Support, Coping, and Posttraumatic Stress Symptoms in Female Sexual Assault Survivors: A Longitudinal Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 29(6), 500–506. <https://doi.org/10.1002/jts.22143>

Valente, G. S. C., Cortez, E. A., & Sequeira, C. A. da C. (2018). Modelos de avaliação em saúde mental: entre fatores de risco e fatores de proteção. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(2), 1–11. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.IE20-2.MASM>

Varanarasamma, P., Kaur, A. A., Gurmit Singh, P., & Nalla Muthu, P. (2019). *The Relationship between Personality and Self-Esteem towards University Students in Malaysia*. 410–414. <https://doi.org/10.2991/ACPCH-18.2019.97>

- Velasco, A. A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Verduijn, J., Milaneschi, Y., Schoevers, R. A., Van Hemert, A. M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2015). Pathophysiology of major depressive disorder: mechanisms involved in etiology are not associated with clinical progression. *Translational Psychiatry* *2015* *5*:9, 5(9), e649–e649. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.137>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, *3*(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abate, K. H., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abebo, T. A., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Ackerman, I. N., Adamu, A. A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Afshin, A., Agarwal, S. K., Aggarwal, R., Agrawal, A., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, *390*(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2/ATTACHMENT/1465B1F7-8509-4DA9-8FB1-77244ADEC4C/MMC2.PDF](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2/ATTACHMENT/1465B1F7-8509-4DA9-8FB1-77244ADEC4C/MMC2.PDF)
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270. <https://doi.org/10.1002/WPS.20238>
- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Hanscombe, K. B., Purves, K. L., Adan, R. A. H., Alfredsson, L., Ando, T., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*, *51*(8), 1207–1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>
- Wauthia, E., Lefebvre, L., Huet, K., Blekic, W., Bouragui, K. El, &

Rossignol, M. (2019). Examining the hierarchical influences of the big-five dimensions and anxiety sensitivity on anxiety symptoms in children. *Frontiers in Psychology, 10*(JUN), 1185. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01185/FULL>

Weitkamp, K., Klein, E., & Midgley, N. (2016). The Experience of Depression: A Qualitative Study of Adolescents With Depression Entering Psychotherapy. *Global Qualitative Nursing Research, 3*, 2333393616649548. <https://doi.org/10.1177/2333393616649548>

WHO. (2021a). *WHO/Europe | Mental health - Stigma and discrimination*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>

WHO, W. H. O. (2004a). *Prevention of Mental Disorders EFFECTIVE INTERVENTIONS AND POLICY OPTIONS SUMMARY REPORT A Report of the World Health Organization Prevention of Mental Disorders EFFECTIVE INTERVENTIONS AND POLICY OPTIONS SUMMARY REPORT A Report of the.*

WHO, W. H. O. (2004b). *Promoting Mental Health CONCEPTS ■ EMERGING EVIDENCE ■ PRACTICE SUMMARY REPORT A Report of the World Health Organization A Report of the.*

WHO, W. H. O. (2006). Defining Sexual Health. *World Health Organization, January*, 0–30. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1

WHO, W. H. O. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates DEPRESSION*. World Health Organization.

WHO, W. H. O. (2018). *Mental Health Fact sheets on sustainable development goals: health targets*. www.euro.who.int/sdgs

WHO, W. H. O. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*.

WHO, W. H. O. (2021b, December 6). *Stigma and discrimination*. World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>

WHO, W. H. O. (2021c). *Sustainable Development Goals*. World Health



Organization. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals>

- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(S1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- Wittchen, H. U. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655–679.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X11001726>
- Woodgate, R. L., Tennent, P., & Legras, N. (2021). Understanding Youth's Lived Experience of Anxiety through Metaphors: A Qualitative, Arts-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(8), 4315. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084315>
- Xu, Z., Huang, F., Kösters, M., Staiger, T., Becker, T., Thornicroft, G., & Rüsch, N. (2018). Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 48*(16), 2658–2667.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718001265>
- Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2021). Big Five traits as predictors of perceived stressfulness of the COVID-19 pandemic. *Personality and Individual Differences, 175*, 110694.
<https://doi.org/10.1016/J.PAID.2021.110694>
- Zanna, V., Criscuolo, M., Mereu, A., Cinelli, G., Marchetto, C., Pasqualetti, P., Tozzi, A. E., Castiglioni, M. C., Chianello, I., & Vicari, S. (2021). Restrictive eating disorders in children and adolescents: a comparison between clinical and psychopathological profiles. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26*(5), 1491–1501. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00962-z>
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology, 6*(JAN), 2021.

<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.02021/BIBTEX>

- Zhang, Y., Zhang, X., Zhang, L., & Guo, C. (2019). Executive Function and Resilience as Mediators of Adolescents' Perceived Stressful Life Events and School Adjustment. *Frontiers in Psychology, 10*(FEB). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00446>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., & Safran, J. D. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 484–496. <https://doi.org/10.1037/CCP0000058>
- Zimmermann, J. J., Nunes, M. L. T., & Fleck, M. P. (2018). How do depressed patients evaluate their quality of life? A qualitative study. *Journal of Patient-Reported Outcomes, 2*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S41687-018-0076-Z/TABLES/1>
- Ziol-Guest, K. M., & Mckenna, C. C. (2013). *Early Childhood Housing Instability and School Readiness*. <https://doi.org/10.1111/cdev.12105>

Estudo qualitativo. Perceção dos indivíduos do seu processo terapêutico. Aspetos que influenciaram essa perceção e que fatores consideraram relevantes para a decisão de procurar ajuda, não abandonar a intervenção e motivação para a mudança. 33 participantes com Perturbações de Ansiedade, Depressão, Anorexia Nervosa e PIAER. Os participantes com PA,PD, PA/D e PIAER referiram o desejo de melhorar e Participantes com AN o desejo de não causar sofrimento a familiares, e a disponibilidade de suporte social/ emocional (todos), como os fatores que os motivaram a mudar, procurar ajuda e a permanecer no processo terapêutico. 100% dos participantes consideraram que o profissional com determinadas qualidades profissionais e pessoais foi o aspeto mais relevante para determinar as possibilidades de sucesso da intervenção