

## **Relatório de Estágio**

---

### **I PARTE**

Centro Hospitalar de São João, E.P.E- Polo de Valongo

Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental



Ana Carolina Seixas Pinheiro

Relatório de Estágio para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Gandra, Janeiro 2016



**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Ana Carolina Seixas Pinheiro

Relatório de Estágio para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Trabalho efetuado sob Orientação da Professora Doutora Joana Soares

E

Sob Supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias

Gandra, Janeiro 2016

## Índice

Introdução.....	1
<b>CAPÍTULO I</b> .....	2
Descrição do contexto Institucional.....	2
O Centro Hospitalar de São João (CHSJ).....	2
O Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSC) .....	2
A fusão do HNSCV com o Hospital de São João (HSJ) .....	3
O Serviço de Psiquiatria Comunitária do CHSJ, E.P.E- Polo de Valongo.....	3
I.  Consulta Externa de Psicologia .....	4
II.  A Unidade de Convalescença do HNSCV.....	4
III.  A Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI).....	5
Função do Psicólogo/a em Contexto Hospitalar .....	6
Avaliação Psicológica.....	7
Psicoterapia de Apoio (P.A.).....	7
<b>CAPÍTULO II</b> .....	8
Caracterização da Observação .....	8
Observação de Consultas de Psicologia .....	8
Observação de Atividades realizadas na UADI.....	8
Observação na Unidade de Convalescença do HNSC .....	9
Metodologias – Caracterização Geral .....	10
Caracterização da Intervenção.....	11
Participação em Reuniões .....	11
Reuniões de Supervisão de Estágio.....	11
Consultas de Psicologia .....	12
Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI) .....	13
Intervenção em Grupo no “Luto Complicado” .....	13
<b>CAPÍTULO III</b> .....	15
Caso clínico A.....	16
Reflexão crítica do Caso A. ....	32
Caso clínico C.....	33
Reflexão crítica do Caso C. ....	47
Reflexão Final .....	49
Referências Bibliográficas .....	51

# Índice de Anexos

---

## **Anexo A - Enquadramento do estágio e Documentação**

- Plano de Estágio
- Cronograma das atividades de estágio
- Guião de anamnese (Consultas Externas)
- Ficha de Identificação (Unidade de Convalescença/Unidade de Cuidados Prolongados)

## **Anexo B - Tabelas de Atividades**

Tabela 1 - Reuniões científicas no CHSJ- Porto

Tabela 2 – Observação em Consultas de Psicologia

Tabela 3 – Observação na Unidade de Convalesça

Tabela 4 – Observação e intervenção na UADI

## **Anexo C - Principais instrumentos de avaliação**

- Descrição dos principais instrumentos de avaliação utilizados no Serviço

## **Anexo D – Avaliações Psicológicas e Neuropsicológicas**

- Relatórios de Avaliação Psicológica/Neuropsicológica realizados para o/a médico/a Psiquiatra

## **Anexo E – Atividades para a UADI**

- Plano de sessões da atividade Ansiedade “O Colibri sem Medo”
- Atividades planeadas e dinamizadas pela estagiária

## **Anexo F – Intervenção em Grupo no Luto Complicado**

- Protocolo do Luto
- Programação das sessões
- Preparação e Planeamento das sessões
- Atividades planeadas pela estagiária

## **Anexo G – Outros casos clínicos acompanhados no serviço de Psiquiatria Comunitária**

- Tabela 7 – Avaliações de casos no âmbito de consulta externa de Psicologia

## **Anexo H – Caso Clínico A.**

- Resultados da Avaliação Luto
- Critérios de Diagnóstico do DSM-5 para Perturbação Depressiva Persistente (Distímia)
- Escala de Avaliação Global de Funcionamento- revista
- Tabela de estratégias, procedimentos e técnicas
- Registo de Cognações
- Plano de Ocupação
- Treino de Competências Sociais
- Relatórios de consulta

## **Anexo I – Caso Clínico C.**

- Critérios de Diagnóstico do DSM-5 para Perturbação de Ansiedade Generalizada
- Descrição dos instrumentos e Resultados das Avaliações
- Explicação cínica e prática E.A.M.
- Trabalho cognitivo de consciencialização do estado emocional
- Tabela de estratégias, procedimentos e técnicas
- Listagem de Medos e Hierarquização
- Protocolo de Relaxamento
- Relatórios de consulta

## **Anexo J - Atividade desenvolvida no Instituto Universitário Ciências da Saúde.**

## Índice de Tabelas

---

**Tabela 1** - Cronograma das Atividades

**Tabela 2** - Reuniões científicas no CHSJ- Porto

**Tabela 3** - Observação em Consultas de Psicologia

**Tabela 4** - Observação na Unidade de Convalesça

**Tabela 5** - Observação e intervenção na UADI

**Tabela 6** - Acompanhamento de casos no âmbito de consulta externa de Psicologia

**Tabela 7** - Avaliações de casos no âmbito de consulta externa de Psicologia (realizadas pela Estagiária)

## **Lista de Siglas**

**CHSJ** - Centro Hospitalar de São João

**E.P.E** - Entidade Pública Empresarial

**HNSC** - Hospital Nossa Senhora da Conceição

**UADI** - Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração

**APA** - American Psychological Association

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**P.A.** - Psicoterapia de Apoio

**DSM-IV-TV** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, texto Revision

**DSM-5** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**TCC** - Terapia Cognitiva Comportamental

**E.A.M.** - Enfarte Agudo do Miocárdio

**GAF-R** - Avaliação Global de Funcionamento

**HADS** - Hospital Anxiety and Depression Scale

## **Lista de Abreviaturas**

**Et al.** - Entre outros

**No.** - Número

**p.** - Página

**pp.** - Páginas

**Vol.** - Volume

## **Introdução**

O relatório apresentado é referente à experiência e percurso do Estágio Curricular, decorrido durante o Ano Letivo 2014/2015 do segundo ano de Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Universitário Ciências da Saúde. O estágio foi realizado no Centro Hospitalar de São João, E.P.E- Polo de Valongo na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental. A Unidade ingressada foi a de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia na faixa etária dos adultos.

O objetivo do relatório é compreender a panóplia de atividades e vivências, decorridas ao longo do estágio curricular. Dada a riqueza da experiência e diferentes atividades integradas, salienta-se a dificuldade da descrição minuciosa de todo o trajeto, expondo este relatório as situações mais relevantes, na percepção da estagiária. Compreende não só a experiência profissional de prática e aprendizagem face, aos conhecimentos adquiridos, como também, o crescimento pessoal e gratificante da estagiária.

O estágio decorreu entre outubro de 2014 e agosto de 2015, sob a orientação da Professora Doutora Joana Soares Psicóloga do Centro Hospitalar de São João, E.P.E - Polo de Valongo e sob supervisão da Professora Doutora Maria Emília Areias, a coordenadora do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário Ciências da Saúde. Teve uma frequência de quatro dias semanais, tanto no Centro Hospitalar de São João, E.P.E - Polo de Valongo, como também no Centro Hospitalar de São João - Porto.

O relatório foi dividido em três capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento e descrição do local de estágio, bem como reporta qual o papel do Psicólogo/a em Contexto Hospitalar. O segundo capítulo compreende a caracterização da observação numa primeira etapa do estágio e caracterização da intervenção. Neste, também serão enquadradas as metodologias em geral. No terceiro capítulo, irão ser descritos e analisados de forma detalhada dois dos casos clínicos, acompanhados pela estagiária e reflexões críticas dos mesmos. Por fim, irá ser apresentada uma reflexão final da aprendizagem em contexto de estágio.



### **Descrição do contexto Institucional**

#### **O Centro Hospitalar de São João (CHSJ)**

Com sede na Alameda Professor Hernâni Monteiro na cidade do Porto é considerado um dos maiores e mais conceituados hospitais portugueses “o segundo e maior Hospital do País”. O Hospital de São João (HSJ) foi criado a 31 de julho de 1943, com a designação de Hospital Escolar do Porto ligado umbilicalmente à História e à vida da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Contudo, o projeto sofreu um atraso considerável, a que não foi alheia a II Guerra Mundial, pelo que a sua inauguração ocorreu a 24 de junho de 1959. Deste modo, só em 1960 o edifício acolheu as instalações da FMUP preconizando assim, uma conceção de proximidade entre o estudante e a vida hospitalar.

Em termos de área, o edifício do Hospital / Faculdade ocupa 120.000 m<sup>2</sup> distribuídos por 11 pisos, dois dos quais abaixo do nível do solo. Compreende o Serviço de Urgência 24 horas/dia (pediátrico e adultos), de Internamento, Laboratórios, Imagiologia, serviços Hoteleiros, administrativos e de Gestão. Possui uma lotação de 1124 camas distribuídas pelas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas. Quanto aos edifícios externos deste hospital, incluem o centro ambulatório do qual fazem parte a consulta externa, hospital de dia, unidade de cirurgia e ambulatório e o serviço de instalações e equipamentos. Estes serviços organizam-se em seis Unidades Autónomas de Gestão (UAG): Medicina, Cirurgia, Mulher e Criança, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Urgência, Cuidados Intensivos e Saúde Mental.

No ano de 2005, o Hospital de São João, foi transformado em Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro.

#### **O Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSC)**

O Hospital Nossa Senhora da Conceição encontra-se situado na região Nordeste do grande Porto, na cidade de Valongo. Faz fronteira com a cidade de Ermesinde e o Concelho de Gondomar.

Foi criado em 1936, sendo que em 1975 passou a ser arrendado ao Estado, ficando sob responsabilidade da Comissão de Delegados do Hospital de São João (HSJ). No início

dos anos 90, em 1997 é constituída uma administração própria e o Hospital desvincula-se do HSJ, passando a denominar-se Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSCV).

O HNSCV presta assistência às áreas de Valongo e Gondomar. Possui um serviço de urgência que funciona 24 horas/dia e é constituído por quatro pisos, um deles localizado no subsolo, são eles: a Unidade de Medicina Interna, Unidade de Convalescença, Unidade de Medicina Física e de Reabilitação e Unidade de Psiquiatria Comunitária. Compreende também o Serviço de Consulta Externa com as seguintes valências: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Estomatologia, Medicina interna, Ortopedia, Patologia Clínica e Psiquiatria.

### A fusão do HNSCV com o Hospital de São João (HSJ)

Em abril de 2011, o XVIII Governo Constitucional promoveu a fusão do HNSCV com o HSJ, E. P. E. De acordo com o Decreto-Lei n.º 30/2011, esta fusão resulta de *“uma política de reestruturação do parque hospitalar numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos e de compatibilização de desígnios estratégicos, com base em critérios de homogeneidade demográfica e complementaridade assistencial”*.

Tem como principal objetivo melhorar os cuidados de saúde prestados às populações, facilitar o acesso aos serviços e aumentar a eficiência dos hospitais.

### **O Serviço de Psiquiatria Comunitária do CHSJ, E.P.E- Polo de Valongo**

A unidade ingressada pela estagiária foi a do serviço de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia. É constituído por uma equipa multidisciplinar da qual faz parte a Psicóloga, orientadora de estágio, Professora Doutora Joana Soares.

Este serviço integra a consulta externa, a unidade, agora designada, de Cuidados Prolongados e Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI) e dos quais a estagiária fez parte. As funções da Psicóloga Estagiária passavam também pela colaboração em uma Intervenção em Grupo no Luto Complicado, juntamente com a coordenadora do projeto, a Psicóloga e orientadora Professora Doutora Joana Soares.

Esta Intervenção dirigiu-se a doentes psiquiátricos, encaminhados pelo Serviço de Psiquiatria, em contexto de consulta de ambulatório e surge da constatação da presença de perdas traumáticas importantes na história de vida dos pacientes.

## **I. Consulta Externa de Psicologia**

A Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto e do Idoso foi transferida para o Hospital de São João, em dezembro de 2013, fato que promoveu alterações nas funções da orientadora de estágio que passou a fazer parte do serviço de Psiquiatria Comunitária e Hospitais de Dia no HNSCV. Assim, tem a seu cargo a consulta externa de Psicologia, colabora na Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI) como Psicóloga na reabilitação psicossocial e também na Unidade de Cuidados Prolongados. O objetivo principal é prestar apoio emocional ou Psicoterapia de Apoio.

## **II. A Unidade de Convalescença do HNSCV**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, dirige-se a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, necessitando de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa. Estes são prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

Constituem unidades de internamento: a) unidades de convalescença; b) unidades de média duração e reabilitação; c) unidades de longa duração e manutenção; d) unidade de cuidados paliativos.

A unidade que a orientadora e estagiária integrava era a de convalescença do HNSCV. Esta é uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição de forma a prestar tratamento e supervisão clínica continuada e intensiva. Assim, presta cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar, originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável, não necessitando de cuidados hospitalares de agudos. Destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos, por cada admissão.

Quanto à composição da equipa do Centro Hospitalar de São João - Polo de Valongo e referente à unidade em questão, é constituída por Médicos, Enfermeiros (dos quais um se destaca como Enfermeiro Chefe), Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Assistente Social, Psicóloga, Assistentes Operacionais, Dietista e Administrativos.

Conforme promulgado pelo *Diário da República, a 10 de setembro de 2014*, novas condições de instalação, funcionamento e adesão da RNCCI foram objetivos a alcançar pela equipa multidisciplinar da unidade. Assim, em dezembro de 2014 o serviço começou a sofrer alterações preparando-se para em janeiro de 2015 atuar como Unidade de Média Duração e Reabilitação com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

No entanto, no início do mês de janeiro, essas mesmas alterações não tinham ainda sido aprovadas. Assim, e até à data, a unidade passou a funcionar como um serviço de Cuidados Prolongados. Admite pacientes, clinicamente estáveis, em situação igualmente de dependência que aguardam resposta para integrar a RNCCI.

### **III. A Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI)**

Dada a emergência de uma resposta às necessidades na área dos cuidados integrados em Saúde Mental, surge em outubro de 2012 a Unidade Sócio Ocupacional de ambulatório, integrada na Unidade de Psiquiatria Comunitária do CHSJ - Polo de Valongo.

A UADI funciona como hospital de dia das 9:00h às 17:00h, cinco dias por semana e tem capacidade para 25 utentes. Destina-se à população com doença mental grave, todos dentro da linha psicótica. O objetivo primordial é orientar e apoiar esta população, na construção de um projeto de vida, promovendo o desenvolvimento de ações que visem a reabilitação psicossocial - profissional e comunitária e a desinstitucionalização de pessoas portadoras de doença mental grave. A finalidade é o bem-estar pessoal e social, tanto dos utentes como das suas famílias.

Até agora, nenhuma atualização do serviço, em termos estatísticos, foi realizada. Contudo, estimativas relativas a 2014 apontam para o atendimento diário de 16 pessoas com o Diagnóstico Psiquiátrico de Esquizofrenia; Perturbação Esquizo Afetiva e Perturbação Bipolar.

A média de idades era de 37 anos. Relativamente ao sexo, os dados apontam para uma maioria de pacientes do sexo masculino. No que respeita à escolaridade, constata-se uma certa homogeneidade, com um predomínio de frequência escolar pós secundário. No que concerne ao suporte sócio familiar, há pacientes a viver sozinhos e outros coabitam com o agregado familiar de origem (pais ou irmãos).

Relativamente às fontes de rendimento e suporte financeiro, verifica-se a existência de pessoas empregadas, reformadas, desempregadas, pessoas que se encontram de baixa médica e outras que recebem o Rendimento Social de Inserção (RSI).

O trabalho desenvolvido pelos técnicos da UADI abarca uma intervenção em diferentes níveis: 1) Individual, dirigida ao próprio paciente. Deste modo, no momento da admissão de cada pessoa, é realizada uma avaliação multidisciplinar. Efetua-se o levantamento das necessidades de intervenção e, posteriormente, é definido um plano individual de intervenção (PI), ajustado às capacidades e competências do paciente; 2) Familiar, articulada com os diferentes membros da família, promovendo a expressão de sentimentos, diminuição do stress e reequilíbrio do sistema familiar; 3) Social e na Comunidade, orientado à aproximação com a comunidade. Fomenta a integração social dos utentes, dando a conhecer o potencial das pessoas com doença mental grave. Para tal, são desenvolvidas ações de combate ao estigma na doença mental.

A reabilitação psicossocial da UADI é coordenada por uma equipa multidisciplinar constituída pela Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social. Comporta grupos psico educativos e também grupos destinados às famílias. Do primeiro, constam o treino de atividades da vida diária (AVD), treino de competências vocacionais, treino de competências sociais, sessões de movimento, dinâmicas de grupo, estimulação cognitiva, sessões de relaxamento e acompanhamento individualizado. São também realizadas, pelos pacientes, atividades externas, workshops formativos, newsletters e atividades sócio recreativas.

### **Função do Psicólogo/a em Contexto Hospitalar**

Atualmente, devido à difícil conjuntura psicológica, social e económica com que a população portuguesa se depara, aumentam os quadros psicopatológicos. Para dar resposta a estes problemas, destaca-se o papel de alguns profissionais de saúde, entre eles, o/a Psicólogo/a Clínico.

A Psicologia Clínica constitui a Divisão 12 da American Psychological Association (APA) e caracteriza-se por incorporar a ciência teórica e prática, com o intuito de perceber, antecipar e minimizar o desconforto, a incapacidade, bem como, facilitar processos de adaptação.

O Psicólogo Clínico tem diversas funções mas, a atuação deste profissional incide, sobretudo, na prevenção, intervenção e promoção da saúde a nível individual, familiar, grupal e organizacional. O trabalho do Psicólogo Hospitalar visa o restabelecimento do

estado de saúde do doente, ou o controle dos sintomas que prejudicam o seu bem-estar (Castro & Bornholdt 2004).

### ***Avaliação Psicológica***

A avaliação psicológica trata-se, para Primi (2010), de um processo interacional e relacional complexo que permite obter informações sobre o estado psíquico do indivíduo, em situações que envolvem problemas e questões específicas, com vista a orientar ações de intervenção e decisões futuras. Recorre a exames e testes psicológicos, procurando obter informações, contextualizadas do cliente que, aliadas a outras técnicas, como observação e entrevistas psicológicas, são meios auxiliares de todo o processo (Noronha, 2009).

### ***Psicoterapia de Apoio (P.A.)***

A Psicoterapia de Apoio (P.A.) decorre diretamente da existência de entrevistas psicológicas do tipo clínico (Leal, 1999).

A P.A. é a única psicoterapia que é inerente ao desempenho de um psicólogo clínico, independentemente da sua orientação teórica e da sua formação complementar e sobre a qual, a estagiária se debruçou, na prática clínica, no decorrer do estágio curricular. Baseando-se em teorias científicas, a P.A. usa técnicas que referenciam, claramente, o que os Técnicos Superiores de Saúde Mental fazem (Leal, 2008). Estas últimas são, segundo Leal (1999), subsidiárias, não só da formação e do quadro teórico do terapeuta, como também da própria situação e circunstância da pessoa.

No geral, é consensual que a P.A. se destina a reforçar as funções egóicas, recorrendo à influência que o terapeuta exerce sobre o seu cliente (Cordioli, Wagner e Cechin, (1993) cit in Leal, 1999) através de técnicas que visam a capacitação e o adquirir de competências, com vista a um aumento do auto conhecimento e sobretudo o bem-estar biopsicossocial do indivíduo.

### **Caracterização da Observação**

#### Observação de Consultas de Psicologia

Conforme o plano de estágio, delineado numa etapa inicial, um dos principais objetivos numa primeira fase, foi a observação de consultas de psicologia, decorridas entre o período de outubro e março de 2015. As consultas ocorriam duas vezes por semana e eram realizadas pela Dr.<sup>a</sup> Joana Soares.

O encaminhamento dos indivíduos à consulta de Psicologia era feito pelo respetivo Médico Psiquiatra do serviço de consulta externa. Normalmente, dependendo do caso, eram pedidos de avaliação psicológica e de acompanhamento psicoterapêutico.

O primeiro caso observado pela estagiária foi inicial, ou seja, o indivíduo não tinha tido consultas de psicologia anteriormente, no hospital, tendo sido feito um pedido de avaliação neurocognitiva para despiste demencial. Não obstante, nem todos os casos podiam ser assistidos pela estagiária, dado o estabelecimento prévio de uma relação terapêutica sólida entre a psicóloga e o respetivo paciente.

Sempre que possível, após o término de cada sessão, ou mesmo antes da mesma, quando se tratavam de casos que já eram seguidos pela orientadora, era ou promovida uma reflexão dos sentimentos desencadeados ao longo da consulta e das problemáticas apresentadas ou feito o enquadramento superficial com a história e problemática do indivíduo. Para uma melhor estruturação e prática, a estagiária construiu um guião de anamnese, que preenchia consoante os casos <sup>1</sup>. De referir que este foi sendo adaptado consoante os casos.

A tarefa de observação foi muito importante, não só para a vivência e experiência da prática clínica e de aprendizagem, mas também, de crescimento interior da estagiária de forma a promover uma base de segurança e confiança para posterior intervenção.

#### Observação de Atividades realizadas na UADl

A observação, nesta unidade, teve início no mês de outubro de 2014 e cessou em junho de 2015. A atividade em grupo, que estava a ser desenvolvida com a Psicologia, era sobre a Ansiedade chamada “O Colibri sem Medo”.

---

<sup>1</sup> Guião de Anamnese – Anexo A

Esta foi eventualmente a unidade à qual a estagiária levou mais tempo a adaptar-se e sentir-se à vontade, uma vez que não conhecia o grupo e, até mesmo, por a estagiária ser uma pessoa estranha ao serviço. Contudo, com o passar do tempo, o estabelecimento de uma relação com os pacientes foi ficando mais sólida e o grupo foi dando feedback de maior receptividade. Durante o primeiro mês e meio, a estagiária ia apenas observando a atividade grupal, já iniciada antes da mesma entrar. Mais tarde, quando a orientadora e estagiária perceberam que o grupo se sentia mais confortável à presença dela, passou a observar o relaxamento. À quarta-feira de manhã, os pacientes visualizavam um filme a seu gosto e, no final, era feita uma reflexão, em conjunto, acerca do mesmo, sendo esta atividade coordenada, no primeiro dia de cada mês, pela orientadora.

Os três serviços ingressados pela estagiária eram bastante diversificados e os contextos também. Este não ficou atrás, a estagiária diria que foi até uma unidade desafiante, pela questão da adaptação e resistência do grupo em se dar a conhecer. Contudo, posteriormente, foi uma unidade que transmitia à estagiária um sentimento enorme de gratidão, pertença e harmonia.

#### Observação na Unidade de Convalescença do HNSC

A observação nesta unidade teve início no mês de outubro de 2014 e terminou em junho de 2015. Nesta, também foi criada pela estagiária uma ficha de identificação<sup>2</sup>, onde eram registados os dados da pessoa, bem como, a descrição da observação psicológica e intervenção consoante os casos.

Desde o início do estágio curricular da estagiária, esta unidade agora designada como um serviço de Cuidados Prolongados sofreu alterações. Assim a partir do mês de janeiro e até ao momento, admite pacientes clinicamente estáveis, em situação igualmente de dependência mas que aguardam resposta para integrar a RNCCI.

Esta unidade foi de importante aprendizagem para a estagiária que teve a oportunidade de integrar e experienciar um contexto diferente. Ao início foi um pouco frustrante, ou seja, 30 dias e para o pouco tempo despendido à unidade em termos de intervenção psicológica era bastante limitado, tendo em conta todo o contexto e variáveis interferentes à prática. A estagiária pode verificar isso mesmo. Mas, com o tempo foi-se habituando que a intervenção possível, muita das vezes única no indivíduo, era de Suporte Emocional ou Psicoterapia de Apoio.

---

<sup>2</sup> Ficha de Identificação – Anexo A



No novo serviço, a situação mudou um pouco, ou seja, não havia uma previsibilidade do internamento, uma vez que este estava dependente das vagas existentes numa outra unidade e, como tal, limitou significativamente a intervenção da Psicologia. Contudo, da prática da estagiária, o método mais recorrente continuou a ser a Psicoterapia de Apoio, sobretudo aos familiares da pessoa internada. Este foi um serviço um pouco diferenciado do anterior, dada a diversidade de casos que afluíam e que pediam um outro tipo de intervenção, mais direcionada à Neuropsicologia Clínica.

Foi nesta unidade, das três que a estagiária integrou ao longo do seu estágio, onde contactou com a sua primeira experiência não esperada, nem planeada e se deparou com as primeiras dificuldades e desafios da sua prática e, como tal, não irá mais esquecer, pela aprendizagem que esta permitiu.

### **Metodologias – Caracterização Geral**

As avaliações psicológicas, realizadas no serviço de Psiquiatria Comunitária do CHSJ – Polo de Valongo, eram maioritariamente, requisitadas pelos médicos psiquiátricos, cuja finalidade é a ajuda na elaboração do diagnóstico da pessoa para assim delinear uma intervenção à medida do caso. Da experiência da estagiária quer do período de observação, quer do período de seguimento dos seus casos, são sobretudo, pedidos de avaliação cognitiva e estudos de personalidade. Assim, primeiro é sempre analisado cada caso, através da entrevista psicológica, e mediante as características da pessoa e suas necessidades, procede-se à avaliação. No final do processo, são elaborados os relatórios com os resultados da Avaliação Psicológica.

Os principais instrumentos de avaliação utilizados no serviço de Psiquiatria eram<sup>3</sup>:

- 1) Para o estudo cognitivo, a Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition (WAIS-III);
- 2) Para avaliação do declínio cognitivo, o Mini Mental State Examination, e o Montreal Cognitive Assessment (MOCA);
- 3) Avaliação da memória, a escala de memória de Wechsler (WAIS III) e Escala de avaliação da demência 2 (DRS2).

Para o estudo da Personalidade é utilizado o “Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota – MMPI 2”.

---

<sup>3</sup> Descrição dos principais instrumentos de avaliação utilizados no Serviço – Anexo C

## **Caracterização da Intervenção**

### Participação em Reuniões

A realização de reuniões, em diferentes unidades, era uma prática corrente, tanto no HNSCV como no CHSJ. Assim, ao longo do estágio, foi possível integrar duas das reuniões, realizadas no âmbito das respetivas unidades, tais como:

- Reuniões semanais que decorreram à quarta-feira de manhã na Unidade de Psiquiatria Comunitária da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJ. Esta era presidida pela Dra. Rosário Curral, coordenadora do serviço, cuja finalidade era a discussão de casos do Hospital de dia e internamento das várias equipas comunitárias existentes e planeamento de atividades pela equipa técnica de ambos os polos supracitados.

- Reuniões Científicas semanais, à quarta-feira ao final da manhã, da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Adulto e do Idoso do CHSJ, com apresentações e discussão de casos clínicos, bem como de temas relacionados com a prática da Saúde Mental<sup>4</sup>;

A participação nas reuniões foi muito enriquecedora, em termos de aprendizagem, uma vez que a estagiária teve oportunidade de estar em contacto com os vários profissionais que fazem parte de toda uma equipa multidisciplinar e perceber quais as funções de cada técnico. Paralelamente, estas reuniões promoveram um contacto mais próximo com os termos usados pelos técnicos superiores de saúde, facto este que ajudou a integração da estagiária.

### Reuniões de Supervisão de Estágio

As reuniões de supervisão de estágio tiveram início a 20 de outubro de 2014 e terminaram a 27 de julho de 2015.

As reuniões decorriam no Instituto Universitário Ciências da Saúde, à segunda-feira, pelas 14h30min, sob orientação da Professora Doutora Maria Emília Areias e presença das quatro estagiárias do Mestrado de Psicologia Clínica.

Nestas reuniões, inicialmente, foram descritas as atividades de cada estagiária, referente ao local de estágio, e, posteriormente, eram expostos os casos clínicos, colocadas dúvidas e partilhadas experiências. Assim, cada caso era analisado e auxiliado pela supervisora.

---

<sup>4</sup> Tabelas de Atividades - Anexo B

## Consultas de Psicologia

Após o período de observação de consultas e conhecimento das metodologias, no mês de novembro de 2014, foram iniciadas pela estagiária Avaliações Psicológicas. Nesse sentido, e dado estar a ser desenvolvida pela equipa de Psicólogas (orientadora e estagiária) uma intervenção em grupo no Luto Complicado, coube à estagiária iniciar a aplicação do protocolo do luto. Paralelamente, outros casos observados eram analisados quer pela orientadora quer pela estagiária que, acordavam as avaliações de cariz psicométrico a serem realizadas somente pela estagiária e posterior relatório de Avaliação Psicológica.

No final do mês de dezembro, depois de analisados alguns casos observados, foram delineados pela orientadora e estagiária casos a serem seguidos posteriormente pela última. No mês de janeiro, procedeu-se a uma análise mais direta dos pedidos encaminhados pela Psiquiatria para a Psicologia e a serem seguidos de início pela estagiária, ou seja, sem o período de observação inicial conjunto com a orientadora.

As consultas decorreram à segunda-feira de manhã e sexta-feira de tarde, tendo sido dada à estagiária a autonomia para a marcação das mesmas. Para uma melhor estruturação, eram realizados, pela estagiária, relatórios clínicos descritivos de todas as sessões a serem entregues à orientadora do local de estágio. Paralelamente, e de forma a se organizar, a estagiária realizou quadros síntese de todas as sessões dos casos que acompanhou, bem como, uma sequência temporal de acontecimentos significativos consoante o caso.

Foram vários os casos acompanhados no decorrer do estágio curricular mas, nem todos ficaram a ser seguidos pela estagiária. As problemáticas mais frequentes foram a Perturbação de Luto Complicado, Perturbações de Humor e Ansiedade. Foram também realizadas avaliações Psicológicas/Neuropsicológicas e respetivo relatório clínico a entregar ao médico(a) psiquiatra <sup>5</sup>.

De referir que a estagiária no acompanhamento dos seus casos e face às necessidades de cada caso recorreu a outros instrumentos de avaliação sobretudo Neuropsicológicos não usados no serviço e que estão descritos nos relatórios de Avaliação Psicológica/Neuropsicológica realizados para o/a médico/a Psiquiatra e nos casos clínicos apresentados no presente relatório.

---

<sup>5</sup> Relatórios de Avaliação Psicológica/Neuropsicológica a entregar ao médico(a) psiquiatra – Anexo D

## Unidade de Ação para o Desenvolvimento e Integração (UADI)

Esta foi uma unidade que, até ao final do estágio curricular, a estagiária foi sempre observando e quando se sentiu mais à vontade, passou também a intervir, juntamente com a orientadora, delineando as sessões a serem realizadas, estas relativas à identificação e gestão da ansiedade<sup>6</sup>.

Algumas sessões foram dinamizadas apenas pela estagiária que procurou criar, nas suas atividades, um ambiente descontraído mas a aprender<sup>7</sup>. Isto porque sentia necessidade de conhecer melhor o grupo e que este também se sentisse mais à vontade e recetivo tendo sido as dinâmicas realizadas com este mesmo objetivo. Não obstante, e uma vez que estava a ser trabalhado com os pacientes a ansiedade tentou integrar e adaptar sempre a atividade nesse sentido. O relaxamento foi também realizado, em algumas sessões, pela estagiária.

### **Intervenção em Grupo no “Luto Complicado”**

O programa de intervenção, realizado no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar S. João - Polo de Valongo, foi direcionado a pacientes encaminhados pelo Serviço de Psiquiatria, em contexto de consulta de ambulatório. Surge da constatação da presença de perdas traumáticas, importantes, nas histórias de vida.

Do estado da Arte, a estagiária verificou consensualidade no que respeita ao tema Morte. Isto é, este ainda não é muito abordado, motivo pelo qual, eventualmente, impede, na realidade, a aprendizagem de formas de aceitar e lidar com o luto, bem como com sentimentos inerentes a uma situação de perda.

É uma experiência angustiante, pessoal, individualizada e transversal ao ser humano (Worden, 2009). Assim, os mecanismos utilizados na resolução de um luto dependem de diversos fatores. O tipo, a intensidade e a duração da dor vivenciada varia consoante a idade, vivências passadas, grau de significância e vinculação emocional da pessoa ao objeto perdido (Ferros, 2005).

---

<sup>6</sup> Sessões da atividade Ansiedade “O Colibri sem Medo” – Anexo E

<sup>7</sup> Atividades planeadas e dinamizadas pela estagiária – Anexo E

É então fundamental definir e compreender o processo de luto que percorre um trajeto saudável e aquele que é menos saudável. Foi neste sentido e face ao crescente número de casos com Perturbação de Luto Complicado que afluem ao Serviço de Psiquiatria, que o sentimento por parte da Psicologia de que algo mais tem de ser feito contribuiu para a intervenção nesta população.

A Seleção dos elementos do grupo foi efetuada, através de uma entrevista, na qual se procurou avaliar o processo de luto vivenciado e o grau de motivação para integrar o processo de intervenção em grupo.

Posteriormente, foi aplicado o protocolo de Avaliação do Luto<sup>8</sup>. Avaliação esta, que foi igualmente realizada no final do grupo.

A estagiária, em conjunto com a orientadora, realizou também uma programação das sessões<sup>9</sup>. Foi igualmente trabalho da estagiária preparar as sessões Psicoeducativas, bem como algumas atividades de grupo<sup>9</sup>. No final de cada sessão a estagiária procedia ao registo e reflexão da mesma.

### Reflexão

Terminadas as sessões programadas, foi realizada uma pequena reflexão onde foram discutidos entre a orientadora e a estagiária, pontos fortes e fracos sentidos do grupo e novos planos para um futuro. Um dos handicaps a ser debatido começa pela questão de a intervenção ser em Grupo no Luto Complicado, ou seja, são necessários alguns critérios de diagnóstico para a inclusão dos indivíduos. Neste grupo, que a estagiária teve a oportunidade de co-facilitar com a orientadora e facilitadora, esses mesmos critérios não eram preenchidos, tendo condicionado em parte o planeamento e intervenção, comparativamente ao grupo anterior. Assim, sessão a sessão foi sendo reformulada, tendo em conta as características e funcionamento dos indivíduos.

Como o objetivo é sempre o de dar oportunidade a todos os pacientes que poderão beneficiar da intervenção em grupo por uma situação de luto, uma das alternativas sugeridas é de adaptar o protocolo do luto ministrado e repensar o nome do grupo. Para isso deverá no entender da estagiária e orientadora ser realizado primeiro um delineamento do objetivo fulcral da intervenção para adotar a direção mais adequada, bem como uma seleção criteriosa dos indivíduos numa primeira fase da avaliação.

---

<sup>8</sup> Protocolo de Avaliação do Luto – Anexo F

<sup>9</sup> Programação e Preparação das sessões e atividades – Anexo F

### CAPÍTULO III

Foram vários os casos seguidos pela estagiária dos quais se seguem na tabela 6 a descrição de alguns deles. Da experiência de estágio curricular a estagiária decidiu apresentar dois casos de forma mais detalhada. A escolha dos casos, de entre outros teve como motivo o desafio dos mesmos e a luta que deram à estagiária, que por vezes se sentiu asfiziada e angustiada mas que sempre procurou compreender a pessoa que tinha à sua frente e o que podia mais fazer. Foram o sair de uma zona de conforto, mas isso todos eles, afinal foi a primeira experiência no campo enquanto futura profissional.

	Paciente	Idade	Motivo de encaminhamento	Objetivos/Temas abordados	N.º de sessões
Ano Letivo: 2014/2015	B	45	Paciente com sintomas depressivos e ansiosos. Dificuldades de relacionamento interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrevista e Observação Psicológicas</li> <li>- Recolha de anamnese e Avaliação</li> <li>- Psicoterapia de Apoio</li> <li>- Avaliação da tríade cognitiva</li> <li>- Questionamento socrático</li> <li>- Reestruturação Cognitiva</li> <li>- Exploração sintomatologia ansiosa</li> <li>- Psico educação do papel dos sonhos e ansiedade</li> <li>- Hierarquia de medos</li> <li>- Lista de situações evitadas</li> <li>- Análise e exploração medos</li> <li>- Técnicas de respiração</li> <li>- Relaxamento muscular progressivo de Jacobson</li> </ul>	12
	D	78	Avaliação Neuro Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista e Observação Psicológicas</li> <li>- Aplicação do Foto Teste e Questionário de Avaliação Clínica da Demência (CDR)</li> <li>- Realização de Relatório</li> </ul>	2
	E	54	Avaliação de Personalidade e seguimento em Psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista e Observação Psicológicas</li> <li>- Recolha de Anamnese</li> <li>- Técnicas de entrevista Psicológica</li> <li>- Relação Terapêutica</li> <li>- Avaliação risco suicida <i>M.I.N.I.</i></li> <li>- Psicoterapia de Apoio</li> <li>- Treino Assertividade vs Limites Sessão</li> <li>- Estratégias de Comunicação</li> <li>- Transferências</li> <li>- Avaliação da Personalidade (MMPI)</li> <li>- Psicoterapia de Apoio (casal) /Entrevista com esposa</li> </ul>	12
	F	77	Avaliação Neuro cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrevista e Observação Psicológicas</li> <li>- Recolha de Anamnese</li> <li>- Relação Terapêutica</li> <li>- Psicoterapia de Apoio</li> <li>- Avaliação cuidadora (Questionário de Avaliação Clínica da Demência <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR))</li> <li>- Avaliação paciente (Demencial Rating Scale (DRS - 2))</li> </ul>	4

**Tabela 6 – Acompanhamento de casos no âmbito de consulta externa de Psicologia.**

<sup>10</sup> Outros casos clínicos acompanhados no serviço de Psiquiatria – Anexo G

## **Caso clínico A.**

“...um poeta vai e vem, preso ao fio de uma voz, cambaleando na marcha incerta dos seus passos, brincando como um gato brinca com um novelo distraído e fala connosco, conversa ombro a ombro, às vezes ofegante, para respirar, e diz a vida, as fotografias da vida, os lugares da vida, o rosto da vida, o cansaço da vida”.

Oscar Gonçalves

### **Identificação**

A.<sup>11</sup> é do género feminino e tem 53 anos de idade. É natural do conselho de Valongo, da região Norte de Portugal. É de nacionalidade Portuguesa e raça caucasiana. A sua religião é católica não praticante. A sua área de residência é urbana, coabitando com o companheiro atual, de 48 anos de idade, em união de facto. Este atualmente está reformado, trabalhava como jardineiro. A paciente tem a 4.<sup>a</sup> classe de escolaridade e trabalha como costureira no domicílio.

### **Motivo para (encaminhamento) /Queixas principais**

A. foi encaminhada pela Médica Psiquiatra do serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João – Polo de Valongo com o pedido de Acompanhamento Psicológico.

O motivo explícito prendeu-se com o agravamento da sintomatologia depressiva relacionada com questões do luto pela morte do pai da paciente. Ao longo das sessões queixa-se de esquecimento que tem vindo a agravar, desde há dois anos, altura em que o pai faleceu. Queixa-se também da casa onde vive, associando esta a morte e como tal, quer vendê-la. A paciente mostra igualmente alguma preocupação com o último exame médico que fez com sinais de possível diagnóstico de neoplasia, mas que foram despistados.

### **Caracterização da Perturbação Atual**

A perturbação teve início na vida adulta. A. apresentou sentimentos de culpabilidade e negação perante as circunstâncias da morte da sua mãe tinha a paciente 33 anos de idade. Sentimentos de tristeza profunda “como se estivesse no fundo do buraco” (sic), pela morte do pai e do marido. Quanto à intensidade dos mesmos verifica-se humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos, indicado pelo relato subjetivo.

---

<sup>11</sup>A identidade da paciente foi protegida.

A vivência traumática de ver o seu pai falecer causa sofrimento significativo, indicador do processo de luto em que se encontra. Foram percebidos flashbacks, relacionados com a imagem do pai, que interferem com o comportamento da paciente ativando mecanismos de defesa como evitamento e fuga.

Atividade onírica relacionada com os pais, o filho e ex-marido sendo esta, ainda, angustiante para a paciente, face ao quadro sintomatológico apresentado.

Cognições sobre morte que associa à casa onde vive e a problemas físicos, estes últimos, com início após o falecimento do pai segundo a paciente.

### **Informação médica relevante**

Antecedentes de seguimento por Psiquiatria por Depressão Neurótica.

Faz terapêutica farmacológica antidepressiva e ansiolítica.

## **1. História Clínica**

### **Antecedentes Pessoais vs Contacto anterior com Psicologia/Psiquiatria**

#### Psiquiátricos

A. é seguida por Psiquiatria desde 1991 no Hospital Conde Ferreira, tendo sido diagnosticada com Depressão Neurótica. O motivo prendeu-se com o fato de não suportar a angústia de o ex-marido ter sido preso. Sentindo que não podia fazer nada, sem aquela pessoa ao seu lado, chegou a um ponto de não conseguir desempenhar o seu trabalho laboral, sentindo um cansaço extremo. Tomou medicação, receitada pelo médico psiquiatra durante quatro dias para dormir todo o dia, referindo que após esses dias andou um pouco melhor.

Durante quase um ano, não foi a consultas de psiquiatria, devido a dificuldades económicas.

Não se sentindo melhor, no mesmo ano começa a ser seguida na Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João até os dias de hoje.

Em 2013 teve o seu primeiro contacto com Psicologia – serviço de oncologia após o pai falecer.

A paciente relatou várias perdas familiares por morte, uma por cada mês, após o falecimento do seu pai, continuando a causar grande sofrimento.

O funeral do pai e do tio foram no mesmo dia, à mesma hora, fato que a paciente relatou com grande pesar e tristeza, expressos quer pelo seu tom de voz diminuído, quer pela sua expressão facial triste e comportamento não-verbal de choro.



Não apresentou história de Perturbações Aditivas.

### Patológicos

Lesão cerebral traumática após acidente de viação aos 18 anos de idade.

### **Antecedentes familiares de doença**

Avó Paterna, Mãe e Pai com patologia neoplásica.

### **Desenvolvimento da sintomatologia**

Sintomas atuais de esquecimento; Anedonia geral; Tristeza; Mágoa; Solidão; Culpabilidade e Saudade dos pais.

Refere ter sonhos recorrentes com os pais. São expressas crenças, em relação à casa onde vive, associando esta à morte e como tal, querendo desfazer-se dela.

### Personalidade pré mórbida

A. diz que era feliz. Ao início do acompanhamento percecionava-se como “...já não sou a mesma pessoa de antes...não tenho vontade de me arranjar, nem vestir...como se estivesse no fundo do buraco e não consigo de lá sair...” (sic).

No parecer da estagiária, há uma percepção da paciente de não pertença ao seu Eu “...já não sou a mesma pessoa dantes, mas gostava, só me apetece deixar tudo, tudo, tudo...e não conseguir ter aquela felicidade sabe...” (sic).

Refere que na escola diziam que ela era uma pessoa que não podiam puxar muito pela cabeça, senão ia abaixo.

### **Eventos importantes possíveis de se relacionar com estado emocional e psicológico**

O casamento aos 21 anos de idade em que A. ia grávida. Descreve o mesmo como muito bom no entanto, a partir da altura em que o seu ex-marido começou a ter comportamentos diferentes do habitual como sair todas as noites, roubar, entre outros, tendo sido preso, A. começou a sentir-se infeliz.

O falecimento da avó materna tinha A. 10 anos de idade. No parecer da estagiária, é também um acontecimento traumático, uma vez que foi a partir daqui que a paciente começou a ter medo da morte e comportamentos de fuga/evitamento, “fugia para não sentir a dor” (sic).

O falecimento da mãe há  $\pm$  20 anos, por doença oncológica de quem A. foi cuidadora e o falecimento do seu pai, há dois anos, por doença oncológica e de quem A. foi igualmente cuidadora tendo assistido à sua morte.

## **2. História pessoal**

### Infância

- *Nascimento e desenvolvimento*: Nascimento prematuro, aos sete meses de gestação. Parto eutócico e em casa. Do desenvolvimento não existem intercorrências, apenas expressou ter tido todos os quadros infecciosos característicos das crianças ex.: varicela, sarampo,...etc.

Desenvolvimento psicomotor e cognitivo dentro da normalidade.

- *Aspectos clinicamente significativos*: Medos e crenças inculcadas na paciente sobretudo pela mãe relacionadas com a prematuridade da sua filha e a sua fragilidade.

Sentimentos de angústia de separação materna e paterna. Medo do escuro desde os três anos de idade até à atualidade.

A. verbalizou ter tido muitos pesadelos em criança. O início ocorreu pelos 7/8 anos de idade e versava o medo da morte, tal como disse atualmente sentir. Na altura, quando acordava, suada, contava os seus pesadelos à mãe, referindo que esta a tranquilizava. No parecer da estagiária, estes, iniciam por medos passados culturalmente e que, a partir daí, começaram a ser generalizados a situações de vida da paciente, tornando-se angustiantes. Começaram os medos de perder os pais e outras pessoas, bem como, crenças disfuncionais sobre a morte.

Relatou, com expressão facial triste, que a avó morreu por patologia neoplásica, tinha a paciente 10 anos de idade, sendo que as recordações são angustiantes e muito tristes.

- *Escolaridade*: A. não frequentou o pré-escolar uma vez que na altura não existia. Ficava em casa com a sua mãe. Refere que a mãe a fechava em casa, enquanto trabalhava na horta mas, A. fugia para poder ir brincar com os vizinhos. A mãe na altura ralhava mas esta resguardava-se atrás do pai que a protegia e desculpava. Aos seis anos de idade, entrou para a escola e socializava com todos os colegas. Sintomas de raiva associada à professora da escola acreditando ser possível que esta e a sua forma de atuar são causa do estado atual.

- *História Psicossocial/Adolescência*: Na fase da adolescência a paciente relata que a sua vida era de casa para a escola. Não podia falar com rapazes nem estar intimamente perto deles pois

o pai tinha medo que engravidasse. Contudo, referiu que, por vezes, a mãe a deixava ficar mais tempo a brincar com as amigas. Considerava que, apesar de tudo, socializava bastante com as pessoas. Estudou até à 4.<sup>a</sup> classe e a partir daí começou a dedicar-se à costura, o seu maior desejo, tendo aos 10 anos ido aprender com uma modista até aos seus 16 anos de idade. A mãe não concordava dizia que A. “era muito frágil e fraquinha e não ia aguentar um trabalho destes” (sic).

A. começou a namorar e a falar com os rapazes aos 18 anos de idade. O seu primeiro namoro durou três anos. Namorava à porta de casa verbalizando que a mãe estava sempre a supervisionar. Quando aos 21 anos descobriu que estava grávida ficou muito feliz, bem como, o namorado, pois era um sonho seu uma vez que, nunca teve irmãos, tomando assim a decisão de formar a sua família. Os pais apesar de pensarem que o namorado não a protegia o suficiente, pois saía à noite e deixava-a sozinha, após saberem da gravidez, concordaram que A. sendo maior de idade devia assumir as suas responsabilidades.

#### Vida Adulta

- *História conjugal*: O seu primeiro namorado foi o homem com quem casou.

Casou aos 21 anos, grávida. Retrata o casamento como “espetacular nos primeiros três anos” (sic) e a partir daí começou a sentir-se infeliz, dados os comportamentos do seu marido que chegou a ser preso. Um casamento de 25 anos com o marido preso durante 16 anos. Durante este tempo os pais foram viver com ela e com o filho, tendo sido o seu suporte afetivo. A. relatou este acontecimento com grande mágoa, tendo criado expectativas de que tudo ia ficar bem, o que como disse, não aconteceu. Sentiu-se culpada face às últimas palavras, dirigidas ao seu marido, que faleceu há 11 anos por atropelamento, tinha 40 anos de idade, passado poucos dias à sua saída da prisão.

Os momentos que se seguiram não foram fáceis de lidar para A. que além da vivência da perda, descobriu que o marido a traía com outra mulher, o que a deixou profundamente triste. Quanto ao seu filho, referiu que este não sentiu muito a morte do pai, pois pouco tempo tinha estado com ele, visto que tinha apenas três anos de idade, quando o pai foi preso, sendo o avô uma perda mais significativa, uma vez que era a referência paterna para o menino.

Atualmente o seu filho tem 29 anos de idade e não vive com ela, por ter constituído família, filho este que sai na altura que o pai da paciente morreu. Contudo, têm uma relação próxima, falando todos os dias.

Entretanto, A. juntou-se com o atual companheiro com quem coabita em união de fato, há oito anos, pensando que seria mais feliz.

Definiu a relação entre ambos como boa, ou seja, de “carinho, miminhos”. Contudo, refere haver alguma incompatibilidade, no sentido que a paciente sente que o seu companheiro não está a cuidar dela como o seu pai tinha pedido e que mudara depois da morte do pai.

Referiu atualmente viver num ambiente familiar estranho, em que o seu companheiro lhe refere que ela está muito doente. Sente que o seu companheiro não tem paciência com ela, nem gosta verdadeiramente dela, verbalizando ter azar com os homens.

- *Percurso Profissional*: Começou a trabalhar aos 17 anos de idade numa fábrica como costureira durante nove anos. Quando a mãe adoeceu tinha A. 30 anos de idade, a paciente deixa a fábrica para poder cuidar da sua mãe. Ao mesmo tempo, trabalhou como costureira mas em casa, tal como, atualmente. Quando o seu pai adoeceu, A. foi também quem cuidou dele. No estadio inicial da doença do pai disse que ainda trabalhou. Apenas nos últimos três meses de vida do pai, deixou de trabalhar para tomar conta a tempo inteiro dele, dado o agravamento do seu estado clínico.

### **3. História Familiar**

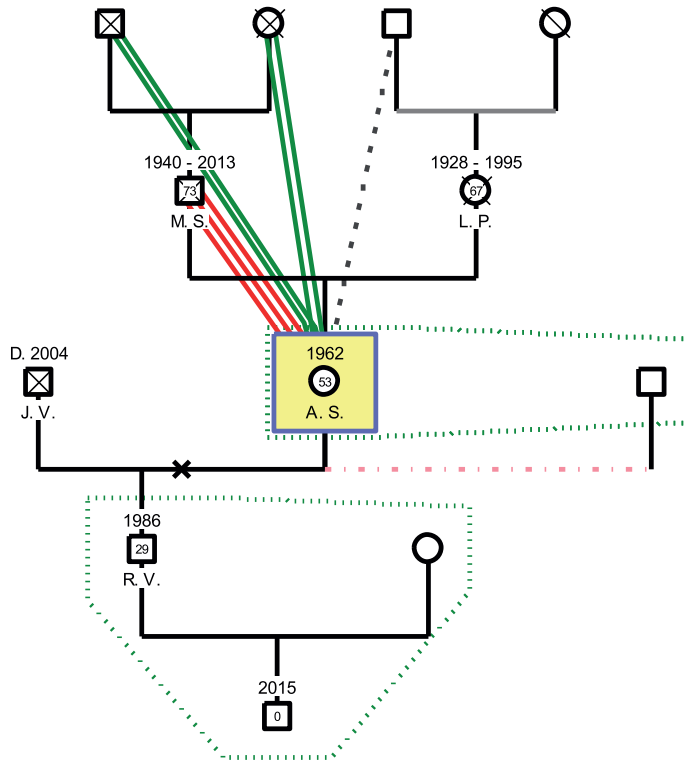
- *Pais*: A. é filha única. A sua mãe era governanta, tendo tido a sua filha aos 47 anos de idade. O seu pai, com 36 anos de idade, trabalhava como auxiliar no Hospital Conde Ferreira. Antecedentes familiares de oncologia, como o pai, de quem foi cuidadora por patologia neoplásica e que faleceu há dois anos com cancro da próstata tinha 73 anos de idade. A sua mãe também morreu por patologia neoplásica, há mais ou menos 20 anos de quem A. foi igualmente cuidadora, num período de três anos.

- *Relacionamento com os pais e pessoas significativas*: Os pais mantinham uma relação superprotetora com a filha. A mãe tinha um papel mais ativo na sua educação dado que o pai trabalhava todos os dias e como tal, não estava em casa. Descreveu o pai como o seu “anjo da guarda” resguardando-se atrás dele em alturas que a mãe castigava.

Da parte da mãe, só conheceu o avô porque a avó faleceu ainda a sua mãe era pequena. Com este avô não tinha grande relação afetiva, tendo-lhe medo pois “...era alto e fazia muitas perguntas, era rabugento, pegava na bengala e batia na nova mulher...”.

Maior convivência com avós da parte do pai.

# Genograma



## Legenda:

- |                  |                             |                            |  |
|------------------|-----------------------------|----------------------------|--|
|                  | Paciente Identificado       | Membros da mesma habitação |  |
|                  | Indivíduo do sexo masculino | Juntos                     |  |
|                  | Indivíduo do sexo feminino  | Viúva                      |  |
|                  |                             | Relação próxima            |  |
| Mortos           |                             | Relação dependente         |  |
| Relação distante |                             |                            |  |

## **Processo de Avaliação Psicológica**

### **Exame do Estado Mental**

#### **Processo de Avaliação: Aspeto Geral e Comportamento**

Da avaliação do estado mental, de forma geral, A. apresentou-se com aparência cuidada, mas aspeto um pouco desleixado. O vestuário era maioritariamente de cor escura com exceção das duas últimas consultas em que vestiu pela primeira vez roupa de cor clara. A sua estatura era baixa, o cabelo era liso, médio e de cor cinzenta. Os olhos, em forma de amêndoa, eram pequeninos de acordo com a sua estatura e de cor castanha.

A sua postura era descaída, como se tivesse o corpo em concha. Com idade aparente congruente com a idade real, a sua expressão facial era tímida, triste e perscrutante e sempre de lágrimas nos olhos quando abordava assuntos afetivos (pai).

Do ponto de vista das funções executivas/quadro cognitivo A., mostrou-se vigil e orientada espaço temporalmente auto e alopsiquicamente.

Ao longo das sessões, o contacto ocular era mantido e adequado mas, por vezes, ausente como se “estivesse no seu mundo”. Afeto e humor maioritariamente deprimido. Sem ideação autolítica. Foram percecionadas dificuldades de atenção e memória. Ausência de alterações da percepção. Revelou pouco insight e julgamento crítico e, como tal, o pedido foi pouco maduro.

O seu discurso, apesar de coerente, era negativista e denotou algumas dificuldades de denominação dos conteúdos, sendo também muito pobre de recursos semânticos. Quanto ao curso do pensamento, foi percecionada perturbação da concentração decorrente de pensamentos interferentes de temática depressiva. Constatou-se pensamentos ruminativos. O tipo de pensamento era fantasioso, infantilizado e algo mágico.

Existência de labilidade emocional ao longo das sessões. Mecanismos de defesa (fuga/deslocamento) e condensação (sonhos). Mostrou-se colaborante nas sessões.

### **Diagnóstico categorial e diferenciado / Enquadramento concetual**

#### **1. Formulação da problemática segundo DSM-5**

A avaliação psicológica decorreu nas primeiras seis sessões. Face ao pedido inicial, no parecer da Psicóloga estagiária, a hipótese equacionada é a de a problemática da paciente se relacionar com aspetos afetivos e emocionais em que são evidentes sintomas, como alterações do humor, depressivos, ansiosos, de abandono, explicados por acontecimentos de

vida traumáticos. Aprendizagem por modelagem e como tal, com implicações na construção de um self integrado, indo de encontro a estudos publicados por Carvalho S. (2013).

As hipóteses diagnósticas equacionadas foram a de uma Perturbação Depressiva com características de personalidade neuróticas e Perturbação de Luto Complicado.

Da prática da estagiária, é de salientar que esta nunca se prendeu com o diagnóstico pelo qual o/a paciente era enviado. Assim, sugere-se a existência de uma comorbidade entre uma Perturbação de Humor e Luto Complicado.

No que respeita à Perturbação Depressiva, a paciente preenche segundo o DSM-5 critérios de diagnóstico para “Perturbação Depressiva Persistente (Distímia)”<sup>12</sup>. Segundo o DSM-5 esta perturbação constitui uma fusão da perturbação depressiva major crónica e de perturbação distímica definidas no DSM-IV. Do critério A verifica-se humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros. O critério B refere-se à presença enquanto deprimido, de dois ou mais sintomas. Os sintomas presentes em A. são:

1. Insónia.
2. Baixa energia ou fadiga.
3. Baixa autoestima.
4. Falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões.
5. Sentimentos de desesperança.

Segundo o DSM-5 para os dois anos mais recentes de Perturbação Depressiva Persistente esta deve ser especificada. Neste sentido, e da avaliação realizada, A. apresenta sintomas que permitem especificar a depressão com episódio depressivo major persistente. A perturbação não é melhor explicada por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbação do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas. Também nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica.

Da sintomatologia, verifica-se um défice significativo nas áreas sociais/ocupacionais, laborais e familiares preenchendo os critérios do diagnóstico.

---

<sup>12</sup> Critérios de Diagnóstico do DSM-5 para Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) - Anexo H

Indivíduos com perturbação depressiva persistente descrevem o seu humor como triste ou como se «tivessem batido no fundo do poço» (APA, 2014), o que vai de encontro ao relato da paciente que várias vezes disse “...sinto-me no fundo do buraco a ir ir ir...” (sic).

Foram percecionadas ao nível da sensibilidade interpessoal manifestações como autodepreciação, timidez, sentimentos de inferioridade e inadequação pessoal, embaraço nas relações com os outros, sentimento de tristeza, pouca esperança no futuro, queixas somáticas e ansiedade, bem como características de personalidade neurótica (Lipman, Derogatis e Covi, 1973, cit. In Baptista, 1993; Pedinielli J-L & Gimenez, G., 2005). Tal pôde ser inferido, face a uma visão de si e do contexto que a rodeia, descritas como muito negativistas, de notável baixa autoestima e desprazer geral pela vida, sintomas como medo da noite, do escuro, da morte e outros acontecimentos de vida transportados por sentimentos de insegurança, desapego, e predomínio de sintomas somáticos, como esquecimento e dores de costas. As perdas por morte significativas e de relações muito próximas interferem no estado psíquico e de saúde, em geral, da paciente. Além disso, é importante salientar sinais, como pensamentos ruminativos que, sendo indesejados, como a estagiária pode explorar, e, como tal, egodistónicos ou estranhos ao Eu, interferem no fluxo normal do seu pensamento, causando-lhe mal-estar, sofrimento psíquico e social. Um tipo de pensamento algo mágico e infantilizado foi também percecionado.

Tendo em conta a Avaliação Global do Funcionamento (GAF-R), realizada no início da avaliação, verificou-se alguma sintomatologia Grave ou Deficiência grave no Funcionamento situada nos valores 44-47. No final do acompanhamento, a mesma avaliação realizada mostrou algumas melhoras, com a presença de sintomatologia Moderada ou Deficiência Moderada no Funcionamento, situada nos valores 51-53<sup>13</sup>.

Para o diagnóstico final, tendo em conta todo o processo de avaliação Psicológica e hipóteses equacionadas, sugere-se, no parecer da estagiária e tendo em conta os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a existência de "Perturbação Depressiva Persistente (Distímia) com Episódio Depressivo Major Persistente”.

## **2. Modelo escolhido e Correlações Teóricas**

A literatura sugere que a Terapia Cognitiva (TC), desenvolvida por Aaron Beck (1956) é a abordagem terapêutica comumente utilizada no tratamento das perturbações

---

<sup>13</sup> Escala de Avaliação Global de Funcionamento.- revista – Anexo H



depressivas (Wainer, Pergher, Piccoloto, 2003).

As terapias, designadas de cognitivo-comportamentais (TCC), denominam-se assim porque constituem uma integração de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais. Este modelo evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e da confirmação experimental, organizando-se sobre três conceitos básicos: **1)** Tríade cognitiva; **2)** Pensamentos Automáticos e **3)** Esquemas ou crenças centrais (Correia Barbosa, 2009) que na paciente se verificam dadas as crenças disfuncionais que foi construindo relativas à morte quer por medos passados culturalmente, quer por modelagem e cognições inculcadas desde a infância. Ou seja, A. cresceu num contexto em que lhe foi transmitida, nomeadamente pelos pais, a mensagem que tudo no mundo é perigoso. O que acontece é que as estruturas cognitivas tratam automaticamente a informação, dão sentido à experiência do indivíduo e provocam distorções do tratamento da informação (Pardinielli J-L & Gimenez, G., 2005).

Jacobson et al. 1996 refere três condições de tratamento: a) ativação comportamental; b) pensamentos automáticos; c) Terapia Cognitiva.

A TCC é uma forma estruturada de psicoterapia que enfatiza a importância das cognições, na determinação do que o indivíduo sente e faz (Bennett-Levy et al., 2004).

Numa outra perspetiva, Freud (1917), segundo a Teoria Psicanalítica, enfatiza o fato de as pessoas deprimidas apresentarem uma “hostilidade retrofletida” ou seja, uma espécie de masoquismo ou necessidade de sofrer (Beck & Alford, 2000).

Na perceção da estagiária e segundo a perspetiva Psicanalítica, há na história de vida da paciente uma *Infantilização* no sentido de que, desde a sua infância, os seus pais não promoveram de forma adequada, a autonomia para que A. crescesse e desenvolvesse a construção de um self integrado e saudável.

Desde a infância que há todo um processo relacionado com a angústia de separação dos pais para com a filha. Como consequência, há uma constante regressão, como negação da realidade a este estado inconsciente, como forma de expressão das suas angústias, medos, sentimentos de abandono e rejeição.

Estes aspetos também foram observados, de acordo com as palavras proferidas pela paciente, nomeadamente, quando se referiu à sua relação atual, em que a paciente fez sempre uma associação com a relação afetiva que tinha com o pai, numa atitude infantil e, como tal, nunca se sentindo satisfeita, pois ninguém corresponde nem preenche esse lugar da mesma forma que o seu progenitor ou mesmo quando mostra não ser capaz de tomar decisões por si mesma.

Os estudos, relacionados com o processo de luto, indicam que a existência de perturbações psiquiátricas, prévias à perda, como por exemplo, a Depressão, prediz a presença de dificuldades na adaptação ao Luto, fazendo com que o indivíduo apresente um elevado risco de Luto Complicado. A existência de perdas anteriores contribui também, como um fator de risco interpessoal, principalmente se a perda tiver ocorrido durante a infância (Stroebe A. Schut, 2001; Stroebe et al., 2006) o que vai de encontro ao quadro sintomatológico apresentado pela paciente. Vários autores definem diferentes fases ou etapas a percorrer no processo de luto. A estagiária baseou a sua intervenção nas etapas descritas por Kübler-Ross (1997): **1) Negação; 2) Raiva; 3) Negociação; 4) Depressão; 5) Aceitação.**

Contudo, realça-se que estas não são estanques, ou seja, os indivíduos podem oscilar, bastante tempo, entre as várias etapas e por isso, a estagiária não se centrou demasiado nas mesmas, mas antes, foi trabalhando cada uma delas, respeitando o tempo da paciente. Segundo Ferros (2005), o tipo, a intensidade e a duração da dor vivenciada varia consoante a idade, vivências passadas, grau de significância e vinculação emocional da pessoa ao objeto perdido. Perante o quadro sintomatológico da paciente, foram percebidas vivências angustiantes, relacionadas com lutos mal resolvidos, principalmente o do pai. A relação próxima, dependente e algo infantil que mantinha com o seu pai, na perspetiva da estagiária, não contribuiu para um desenvolvimento do EU diferenciado e coeso repercutindo-se em comportamentos atuais pouco adultos.

Para trabalhar as competências sociais, a estagiária planeou a sua intervenção segundo o Modelo Quadripartido da Competência Social (DuBois e Felner, 1996). Estes autores identificaram quatro componentes: **1) aptidões cognitivas** (processamento de informação, tomada de decisão, crenças e estilo de atribuição); **2) aptidões comportamentais** como assertividade, negociação, aptidões de conversação, comportamento pró-social e aptidões de aprendizagem; **3) competências emocionais** como a capacidade de regulação afetiva e de relação, aptidão para estabelecer relações positivas e **4) motivação e expectativas** e dentro destas, a estrutura de valores, nível individual do desenvolvimento moral e noção de autoeficácia e autocontrole.

Segundo McFall (1982), estes casos podem estar relacionados com interposições emocionais, como a inibição, a ansiedade ou falta de controlo e defende que estas aptidões podem ser inatas ou adquiridas através do treino. Para os autores, cada uma destas componentes é necessária, mas não suficiente para se ser socialmente competente. Logo, níveis adequados de competência, num destes domínios, não são suficientes para se conseguirem os resultados desejados, quando se trabalha o desenvolvimento de

competências sociais dos indivíduos. Saliendam ainda a importância das circunstâncias contextuais onde os comportamentos ocorrem.

Hartup (1989) menciona algo interessante e que chamou a atenção da estagiária. Diz que qualquer criança necessita de vivenciar dois tipos de relacionamentos, o vertical e o horizontal. A relação vertical proporciona segurança e proteção, cria modelos internos básicos e desenvolve capacidades sociais fundamentais. A relação horizontal desenvolve aptidões sociais que só podem ser experienciadas no relacionamento entre pares (Hartup, 1989, 1996). Do discurso da paciente, subentendeu-se que esta não teve muito espaço para desenvolver a sua autonomia, o seu *Eu*, que a privara, na visão da estagiária, de um relacionamento interpessoal com os outros. Note-se que A. só pôde falar com rapazes aos 18 anos de idade e nunca tomou decisões independentes. Foi neste sentido que a estagiária pretendeu trabalhar com a paciente, que denotou inexistência ou dificuldades em habilidades sociais, nomeadamente de assertividade, defesa dos seus próprios direitos e convicção nas suas afirmações.

### **Proposta de Intervenção**

A avaliação encaminhou a estagiária a um plano de intervenção. Assim, sugeriu à paciente que esta devia ser feita, de forma multidisciplinar, tendo em conta os vários contextos biopsicossociais da paciente. A intervenção devia ocorrer a nível Psiquiátrico já iniciado, e com a Psicologia em Psicoterapia de Apoio, que foi também iniciada.

A proposta de intervenção visou dotar a paciente para a capacitação e o adquirir de competências e estratégias, promover uma maior consciencialização do estado emocional, bem como da autonomia, para aprender a lidar com a sua problemática.

Tendo em conta todo o processo de avaliação qualitativa e quantitativa, neste último, indicadora de Depressão Moderada e Perturbação de Luto Complicado ( $\geq 25$ ), face ao protocolo de luto ministrado<sup>14</sup>, a intervenção teve como base a Psicoterapia de Apoio, com Técnicas e Estratégias Cognitivo Comportamentais.

Assim, foi intercalada com sessões direcionadas ao trabalho da sintomatologia depressiva, apresentada através de técnicas e estratégias cognitivo comportamentais, com o intuito de dotar a paciente de competência e estratégias ao: **1)** monitorizar e identificar pensamentos automáticos; **2)** reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento;

---

<sup>14</sup> Resultados da avaliação Luto – Anexo H

3) testar a validade de pensamentos automáticos e crenças centrais; 4) corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; e 5) identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento.

Outras como a psicoeducação da depressão e do modelo da TCC, explicação do papel dos sonhos, confrontação de pensamentos, reestruturação cognitiva<sup>15</sup>, Registo de Cognições<sup>16</sup>, um plano de Ocupação<sup>17</sup>, treino de competências sociais<sup>18</sup> e prevenção de recaída.

E sessões mais dirigidas ao processo de luto, baseadas na codificação e observação do discurso narrativo de oscilação, entre uma orientação para a perda e uma orientação para o restabelecimento (Alves J. (1991) e Silva M. (s.d.). Realça-se que a American Psychological Association (1996) ainda não propôs um modelo de certificação de tratamentos empiricamente validados para intervenções, ao nível da intervenção psicológica no luto (Larson & Hoyt, 2007).

### **Processo de Intervenção Psicológica**

O processo de intervenção psicológica teve início no dia 12 de dezembro de 2014 tendo terminado com a estagiária em agosto de 2015, contabilizando um total de 17 sessões. Cada sessão teve a duração de 50 minutos, à exceção da primeira. As primeiras seis sessões foram de Entrevista de Avaliação Psicológica, recolha de anamnese e de todo o processo inerente de observação clínica e construção de uma relação empática, de confiança e terapêutica. Nas sessões posteriores, foram feitas a devolução, proposta de intervenção, juntamente com a paciente, e intervenção propriamente dita. O contrato e compromisso foi estabelecido e foram delineados e explicados os objetivos a trabalhar, tendo em conta as expectativas da paciente, bem como o que a mesma gostava de alcançar no processo de mudança, no intuito também de um trabalho de motivação à adesão do processo terapêutico.

De realçar que a Intervenção Psicológica ocorreu em simultâneo com a Intervenção Psicofarmacológica prescrita pela médica psiquiatra.

As estratégias educacionais estão orientadas para providenciar às pessoas a informação essencial sobre a natureza da perturbação psicopatológica e o seu tratamento, bem como os métodos para reduzir e lidar com os sintomas (In: CIR, 2009).

---

<sup>15</sup> Ver tabela de estratégias, procedimentos e técnicas – Anexo H

<sup>16</sup> Registo de Cognições – Anexo H

<sup>17</sup> Plano de Ocupação – Anexo H

<sup>18</sup> Treino de Competências sociais – Anexo H

Assim, de modo a que a estagiária percebesse se a paciente tinha compreendido a informação ou a devolução que ia sendo feita, esta estabeleceu a rotina de verificação da apreensão, ou seja, averiguou, junto da paciente, ouvindo-a expor a sua compreensão de determinados conceitos base que, no parecer da estagiária, possibilitava neste caso perceber quais as áreas que foram bem compreendidas e quais necessitavam de maior clarificação. O objetivo subjacente era sempre o de ajudar a paciente a pensar sobre si mesmo. A atitude da estagiária decorreu da avaliação do exame do estado mental feita no decorrer das sessões.

As estratégias cognitivo-comportamentais foram essenciais para ajudar A. a desenvolver métodos de como lidar com os sintomas para estabelecer e alcançar objetivos pessoais relacionados com a recuperação, utilizar a medicação de forma eficaz, prevenir as recaídas, e desenvolver competências sociais (In: CIR, 2009).

O trabalho de casa foi uma tarefa que a estagiária, ao fim de algumas sessões, incutiu em A. como forma também de avaliação. Com a paciente, foi necessário reforçar a importância e pertinência da realização dos trabalhos de casa e da sua implicação no processo de mudança, uma vez que a paciente se esquecia. O trabalho era monitorizado pela estagiária, na sessão seguinte, perguntando como correu a sua realização, quais foram as dificuldades de modo a ajudá-la a desenvolver formas de ultrapassar esses obstáculos.

David A. Clark (1995) definiu os princípios que distinguem a terapia cognitiva de outras abordagens terapêuticas: *"O terapeuta e o paciente colaboram para identificar distorções cognitivas, que são derivados de crenças ou suposições não-adaptativas. Estas cognições e crenças são submetidas a análise lógica e empírica, teste de hipóteses que leva os indivíduos a realinhar o seu pensamento com a realidade."*

Pois bem, este foi o princípio sobre o qual a estagiária se debruçou no trabalho para com a paciente. A. expressou um sistema de crenças disfuncionais desde infância que, no seu parecer, influíram na tríade cognitiva (Pensamentos/Sentimentos/Comportamentos) e consequentemente na construção de um self e visão de si mesma adaptativa. Do modelo cognitivo da psicopatologia, sabe-se que a mudança cognitiva é central para tratamento de perturbação psicológica, sendo que como Clark, em comum com outros terapeutas cognitivos, incluindo Aaron T. Beck (Beck, 1970; DeRubeis, Tang, & Beck, 2001) referem, todas as terapias funcionam quando alteradas cognições disfuncionais, direta ou indiretamente. Por exemplo, a técnica de entrevista *Humor* foi algumas vezes usada pela estagiária como forma de descatastrofizar, retirar a carga negativa e confrontar as cognições da paciente de teor algo mágico com a realidade, de forma compreensiva e humorística.

De referir a dificuldade percebida pela estagiária em A. se separar do espaço de consulta. Esta reação de A. aconteceu no decorrer das primeiras sessões expressas quer pelo seu comportamento não-verbal como pelo comportamento verbal, adotando, por vezes, um discurso, quase verborreico, quando se apercebia que o tempo estava a terminar ou verbalizando que estava a ocupar tempo de outros pacientes. Estes foram sinais para a estagiária que, a seu ver, pensa estar relacionado com acontecimentos de vida traumáticos, sentidos como de abandono, de separação e que implicam o comportamento, os sentimentos e cognições da paciente.

O QI de A. era baixo e os recursos que usava eram pouco elaborados. Assim, a estagiária tentou sempre arranjar formas, recorrendo, por exemplo, a metáforas ou histórias para explicar o conteúdo do que pretendia trabalhar com a paciente e percebeu que esta entendia melhor, uma vez que numa outra sessão trazia as mesmas. Por exemplo, numa das sessões recorreu às “gavetas” por comparação à memória de recordações positivas e negativas ou então à metáfora do “Elefante Cor-de-rosa...e o controlo da mente” (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Esta última usada para ajudar A. a compreender, a um nível mais experiencial, a impraticabilidade da sua luta contra a linguagem.

É importante referir que o acompanhamento deverá e irá ser continuado pela orientadora no hospital. Assim, se a estagiária continuasse o acompanhamento, a seu ver, seria importante continuar a trabalhar o processo de luto e as competências sociais. Nestas últimas, recorrendo a outras estratégias, por exemplo, baseadas na intervenção de um livro de Miguel Gonçalves intitulado “*Por o Medo a Fugir*” dadas as características da paciente.

Para sustentar o caso, a estagiária expõe em anexo a descrição pormenorizada da primeira sessão, parte da quarta e sétima sessões<sup>19</sup>. A primeira por ser o início do acompanhamento e a sétima pois foi quando foi feita a devolução e proposta de intervenção, face a todo o processo de Observação e Avaliação Clínica efetuados. Uma parte da quarta sessão, por apresentar alguns aspetos e sintomas, clinicamente significativos, permitindo equacionar algumas hipóteses e consolidar outras, refletidas pela estagiária.

---

<sup>19</sup> Relatórios clínicos – Anexo H

## **Reflexão crítica do Caso A.**

Contratransferencialmente, comecei a sentir mais empatia com a paciente na segunda consulta, o que não tinha acontecido na primeira entrevista de avaliação psicológica.

A dificuldade que mais senti foi a de contextualizar o que a paciente ia dizendo, pois A. falava de assuntos diferentes ao mesmo tempo que, apesar de entender, me deixava nas primeiras vezes ansiosa. E, também, perceber o conteúdo explícito do que a paciente queria transmitir, utilizando a palavra “coisa” recorrentemente numa mesma frase para descrever todas as situações e, como tal, tive de fazer um esforço adicional para me situar e centrar no que a paciente trazia e, ao mesmo tempo perceber, arranjando estratégias e técnicas, descritas ao longo do caso, que facilitaram a compreensão, fruto também da supervisão de casos.

Foi com A., a minha primeira experiência, uma vez que foi a minha primeira consulta sozinha. Pensando em experiências anteriores de consulta para avaliações, tentei contornar o que tinha corrido menos bem. Apesar de alguma insegurança, o sentimento foi estranho e surpreendentemente de parte da missão cumprida. Digo surpreendentemente, pois senti que tudo ia fluindo e, apesar de ter em mente que devia fazer algo mais estruturado e planeado, como aprendi, ou mesmo por características minhas tentei não adotar um papel muito inquisitivo e contornar algumas das minhas dificuldades e a verdade é que não me senti demasiado ansiosa ou mal com isso, como achava que ia acontecer, mas sim que, tudo foi correndo de forma mais natural.

A paciente tinha na maioria das vezes uma postura deprimida e discurso depreciativo, sentindo que não estava a conseguir ajuda-la. Contudo, aos poucos e com muita paciência e, persistência, A. foi mostrando algumas melhorias, que ela própria também sentiu e refletiu, numa abordagem feita na “última” sessão. Começou pela distinção da tríade cognitiva. O seu insight e consciencialização do seu estado emocional também foi evoluindo, bem como a cor do seu vestuário, que até à penúltima consulta, era sempre de cor escura, passou a ser de cor mais clara. Outro aspeto bastante complicado de contornar para A. era ao nível das competências sociais. Nestas últimas, a paciente foi sendo em algumas ocasiões capaz de tomar as suas decisões e ser assertiva consigo e com os outros, uma grande dificuldade sua. Em termos sociais A. aceitou um convite de amigas para jantar, tendo em conta que, esta passava todos os dias e todo o dia em casa a trabalhar foi bastante significativo. Foi ao seu tempo, foram pequenas mas na minha perspetiva e refletindo sobre isso foram grandes e maravilhosas mudanças.

## **Caso clínico C.**

*A sua presença não é nada...mas é tudo...  
Apensas quero que me escute, me compreenda, que me sinta como eu me sinto...  
...É confuso, estranho, sofrido e o medo aflui...  
...Uma pequena luz começa a abrir no meu caminho...  
...É confuso, estranho, sofrido e o medo aflui...*

### **Identificação**

C.<sup>20</sup> é do género masculino e tem 59 anos de idade. É natural de Bragança, da região Norte de Portugal. É de nacionalidade Portuguesa e a raça caucasiana. Quanto à religião é Ateu. A sua área de residência é urbana, no conselho de Valongo há 20 anos. É divorciado e vive sozinho. Atualmente está de baixa médica, devido a incapacidade física e psicológica para poder trabalhar na sua área. C. era Projetista Orçamentista de Metalomecânica, tendo deixado de exercer, após o episódio do Enfarte Agudo do Miocárdio. Tem o 6.º ano de escolaridade e um curso profissional de desenhador de máquinas, tendo subido hierarquicamente a projetista.

### **Motivo para (encaminhamento) /Queixas principais**

Paciente enviado da consulta de Psiquiatria, tendo já sido encaminhado par esta da consulta de cardiologia, onde é seguido por Enfarte Agudo do Miocárdio (E.A.M.) que ocorreu em janeiro de 2014. Este foi um acontecimento marcante segundo o paciente e, com o qual diz ter deixado de ser a pessoa que era. Queixas principais foram o sentimento de debilidade física e falta de concentração; Deprimido e medo de ter novo episódio de enfarte e desta vez ficar inválido “não tenho vida social, estou deprimido e desde o enfarte que o meu raciocínio parece disperso” (sic). Da psiquiatria vem com pedido de acompanhamento psicoterapêutico e diagnóstico clínico de Perturbação da Ansiedade Generalizada.

### **Informação médica relevante**

Antecedentes médicos de Perturbação Alcoólica.

Dependente tabágico de 20-40 cigarros/dia, que cessou após o enfarte.

Faz terapêutica farmacológica antidepressiva e ansiolítica.

---

<sup>20</sup> A identidade do paciente foi protegida.



## 1. História Clínica

### **Antecedentes Pessoais vs Contacto anterior com Psicologia/Psiquiatria**

#### Psiquiátricos

C. tem antecedentes de *Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações aditivas* - Perturbação de Uso de Álcool (DSM-5). Os consumos iniciaram aos 19 anos de idade e intensificaram a partir do ano de 1992, tendo todos os dias *delirium tremens*, e após perdas traumáticas, como a morte do pai.

No Natal de 1994-1995 teve o seu primeiro contacto a Psiquiatria num centro de reabilitação onde fez uma desintoxicação alcoólica. Os consumos terminaram aquando do E.A.M. que ocorreu em janeiro de 2014.

*Perturbações relacionadas com o tabaco* – Perturbação do Uso do Tabaco (DSM-5) durante 44 anos. Refere consumos tabágicos de dois maços por dia que cessaram também após o E.A.M.

#### Patológicos

Enfarte Agudo do Miocárdio em janeiro de 2014.

### **Antecedentes familiares de doença**

Antecedentes familiares de oncologia. Falecimento do pai devido a acidente vascular cerebral (AVC).

### **Desenvolvimento da sintomatologia**

#### Personalidade pré mórbida

C. descreveu-se como, antes, ser uma pessoa bastante ativa, o que na atualidade sente que é o oposto: impulsivo, rebelde e tem, em suas palavras, muita sede de aprender “...antes chegava a estar horas à noite na cama a devorar livros de política, porque não sabíamos e com as guerras era emergente aprender alguma coisa para me defender” (sic). Assim, aos 19 anos tornou-se dirigente do Movimento Reorganizativo do Partido do Proletariado - MRPP. Disse detestar-se a si e à sua imagem quando bebia. Com o episódio de E.A.M. sente ter deixado de ser a pessoa que era “não tenho vida social, estou deprimido e desde o enfarte que o meu raciocínio parece disperso” (sic).

## **Eventos importantes possíveis de se relacionar com estado emocional e psicológico**

Foram relevantes, acontecimentos como o ter iniciado, aos 19 anos de idade, o consumo de álcool e tabaco; a relação parental; o divórcio no ano de 1992; o consumo aditivo de bebidas alcoólicas, sobretudo, após o divórcio e falecimento do pai e as cognições e sentimentos de medo que C. associou quando teve o enfarte; a desintoxicação num centro de reabilitação, referindo não gostar de festas, pois após sair de tratamento em 1995, teve o casamento do irmão que foi uma provação ao álcool, tendo a sua primeira recaída, até ao episódio de E.A.M., ou seja, até janeiro de 2014, altura que deixa de beber até aos dias de hoje.

Falou também do quão difícil é para si a noite, da ansiedade e medo constante de ter um novo enfarte. Pensamentos de que não anda a fazer nada no mundo, quando acorda, por exemplo, mas, pensa que não são relevantes, pois se quisesse já tinha passado ao ato. Quando iniciado o processo terapêutico, referiu sentir culpabilidade e considerar-se em suas palavras “fraco” face à consciência da sua problemática.

## **2. História Pessoal**

### Infância

- *Nascimento e desenvolvimento*: Do nascimento não existem intercorrências lembradas pelo paciente. Desenvolvimento psicomotor e cognitivo dentro da normalidade. C. refere que apesar da autoridade do pai, teve uma infância feliz.

### Infância

- *Escolaridade*: C. passou a época do pré-escolar, tinha seis anos de idade, numa casa com freiras que cuidavam de crianças, visto vez que os seus pais trabalhavam. Contudo, estando a ser vítima de maus tratos, quando a mãe se apercebeu disso mudou o filho para uma outra casa.

Aos oito anos de idade, entra na escola. Completou a quarta classe e vai para uma escola industrial “antigamente era diferente...fui para esta porque o meu pai também andou” (sic). Posteriormente, foi para o liceu, pois os seus pais tinham possibilidades económicas, tendo completado o 6.º ano (correspondente ao atual 10.º ano), com duas reprovações. Referiu que os pais lhe davam dinheiro para continuar os estudos, mas C. gastava-o em outras coisas que diz não se recordar bem “eventualmente numas ervas” (sic).

- *História Psicossocial/Adolescência*: O paciente diz ter sido uma pessoa que socializava bastante, tanto na escola como fora dela. A autoridade do pai fez com que numa fase da sua adolescência se tornasse “rebelde” (sic) só assim, verbalizou ter conseguido alguma liberdade, para si, e, sobretudo, para os seus irmãos para poderem sair à noite. Gostava imenso de ler e passava parte da sua noite a fazê-lo pois sentia-se revoltado com o que acontecia no mundo exterior, em grande parte na política e queria aprender.

C. começou a namorar aos 12 anos de idade “...era quase uma por semana (sorrindo), eram namoros de miúdos...” (sic).

- *Aspetos clinicamente significativos*: Acontecimentos traumáticos de maus tratos aos seis anos de idade numa casa com freiras, local onde ficava durante o dia. Revolta com a diferença do tratamento de classes financeiras.

A autoridade do pai que refere ser muito pouco democrata. Fatos que marcaram o paciente ao ponto de este considerar ter-se tornado, no período da adolescência, rebelde, desobedecendo ao seu pai. Sentimento de mágoa e indiferença, relacionada com a forma como o pai o tratava.

#### Vida adulta

- *História Conjugal*: C. casou em 1988 tinha 27 anos de idade, tendo namorado durante um ano. Teve um casamento de sete anos, divorciando-se por desavenças familiares “...o meu sogro não gostava de mim e eu detestava-o...chegou a uma altura que disse, há minha mulher, que não dava, mas, entretanto, fizemos as pazes. Passado um ano foi ela que quis terminar e eu sei que foi por causa do pai...” (sic). Quando abordadas questões relacionadas ao álcool C. tentou sempre fugir à questão. Não obstante, referiu que por vezes se desentendia com a mulher. Contudo, afirmou não ter sido a causa do divórcio, mas sim, os conflitos familiares.

A estagiária tentou perceber o motivo do casamento e o que aconteceu para o término, como C. reagiu e como lidou com o fato de a sua ex-mulher se casar novamente. C. referiu ter-se casado, pois era a mulher da sua vida, mas que as desavenças familiares foram a causa mais evidente do afastamento “...deixamos de namorar e quando um casal deixa de namorar é difícil encontrar-se...” (sic). Disse que o divórcio foi amigável e sentiu-se feliz por a sua ex-mulher ter seguido a sua vida, uma vez que ainda era nova.

Do casamento, teve um único filho aos seus 30 anos que tem, presentemente, 29 anos de idade e vive com a namorada.

O paciente refere que, a partir do momento que se divorciou nunca mais quis nenhum relacionamento e que tornou aos hábitos de bebida, considerando ter ficado dependente do álcool.

Desde o divórcio C. vive sozinho, por opção própria, e refere sentir-se bem. Faz as lidas de casa, ou seja, aprendeu a cuidar de si. Vive em Valongo há 20 anos, referindo ter grande apoio familiar.

- *Percurso Profissional:* Por volta dos 19 anos, foi trabalhar para a construção civil, durante um ano, tendo sido obrigado a sair, pelo patrão, devido ao álcool. O paciente começou a beber, a sério, como diz, aos 19 anos de idade atribuindo o fato às companhias. Nessa altura, foi expulso de casa, pois os pais diziam que C., além de estar viciado no álcool, ficava muito caro. Aos 20 anos de idade, em 1977, foi para o Porto e tirou um curso de desenhador de máquinas que durou um ano, tendo depois regressado à sua terra. Poucos meses depois, em 1978, é convidado, pelo responsável do curso que tirou, a ir para uma empresa. C. aceitou e começou a trabalhar como desenhador de máquinas. Com o tempo, disse ter progredido na carreira e, em quatro anos de trabalho, passou a projetista orçamentista de metalomecânica.

Passados sete meses, a empresa onde trabalhava faliu. Em 1995, foi convidado a ir para um outra empresa, em Valongo que faliu poucos meses depois também. Posteriormente, entre o ano 2000-2005 surge a oportunidade de trabalhar numa empresa no Porto, mas que faliu também. Foi então que teve uma proposta de um amigo para ser sócio maioritário, constituindo assim, a sua empresa, em conjunto com alguns colegas em Valongo. Esta última faliu nestes dois últimos anos. Foi com bastante revolta que o paciente refere o mesmo, pois sente que após o enfarte se tornou inútil e débil fisicamente, bem como psicologicamente, não conseguindo desempenhar a sua profissão. A sua incapacidade física impede-o de continuar a desempenhar as suas funções e esta era uma grande angústia e fragilidade para o paciente.

- *Aspetos clinicamente significativos:* O E.A.M. é um acontecimento que o paciente relatou, com grande angústia e grande medo de um novo episódio e desta vez ficar inválido, sendo a sua preocupação central atualmente. Quadro ansioso significativo.

## **2. História Familiar**

- *Pais:* C. é o filho do meio de uma filiação de três irmãos.

A sua mãe trabalhou em casa durante a infância dos filhos e depois arranhou emprego, como cozinheira na segurança social. Ainda é viva, tem 83 anos de idade, está reformada e

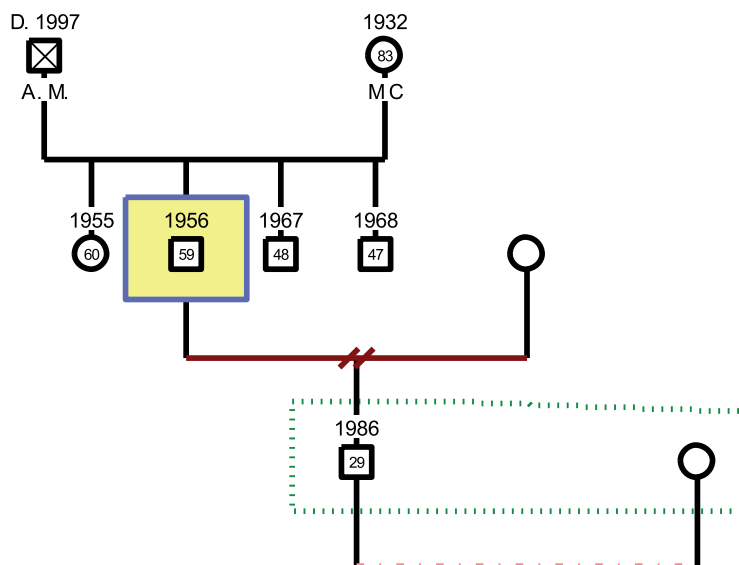
vive em Bragança sozinha. C. diz falar, duas vezes ao dia, com a sua mãe e, esporadicamente, faz-lhe uma visita à sua terra de origem.

O seu pai trabalhou como mecânico de automóveis e, mais tarde, como funcionário da segurança social. Faleceu há 18 anos devido a um A.V.C.

*Relacionamento com os pais:* C. referiu que a relação com o pai era distante e fria, pois o pai era autoritário e C. achava que ele não tinha razão. Considerava-a assim também devido ao trato do pai para consigo, descrevendo-o como “Autoridade máxima da família” (sic).

A mãe era sempre a sua retaguarda dando dinheiro, sem o pai saber. C. descreve-a como sendo uma grande mulher porque tinha de fazer de tudo.

### Genograma



Legenda:

	Paciente Identificado	Membros da mesma Habitação	
	Indivíduo sexo masculino	Juntos	
	Indivíduo sexo feminino	Divorciados	
	Mortos		

## **Processo de Avaliação Psicológica**

### **Exame do Estado Mental**

#### **Processo de Avaliação: Aspeto Geral e Comportamento**

C. apresentou-se com aparência cuidada. O vestuário era adequado e juvenil. A sua estatura era alta, o cabelo liso, curto e de cor branca/acinzentada. Os olhos, em forma de amêndoa, eram pequenos e de cor castanha. Com idade aparente mais nova do que a real, caminhava com descontração e sentou-se, quase sempre, cruzando os braços, uma postura claramente defensiva e fechada à comunicação. Ainda relativamente à postura, o paciente, teve sempre uma postura algo sedutora e ao mesmo tempo arrogante.

Contudo, esta começou a ser menos frequente ao final de algumas sessões. No início do processo evidenciou mecanismos de defesa como o evitamento, fuga, negação e descrença no processo de mudança.

Quando a estagiária se dirigia para chamar por C., na maioria das vezes, este estava sentado e concentrado no telemóvel, sobressaltando-se, característica hipervigilante.

Do ponto de vista das funções executivas/quadro cognitivo, mostrou-se vigil e orientado espaço temporalmente auto e alopsiquicamente.

Ao longo das sessões, o contacto ocular era mantido e adequado mas, por vezes distante e introspetivo. O afeto era sobretudo ansioso.

O seu discurso era coerente, fluente, espontâneo e lógico centrado nas suas queixas físicas, sintomas depressivos e de falta de concentração. Este, também se revelou delicadamente hostil, isto é, embora manifestasse a preocupação de ser sempre delicado, algumas das vezes, revelou uma hostilidade latente e ironia. Quanto ao curso do pensamento, foram percecionadas interferências decorrentes da perturbação de concentração de temática ansiosa. O tipo de pensamento era racional emotivo. Apresentou um pensamento obsessivo/ruminativo. Existência de labilidade emocional ao longo das sessões. Mostrou um esforço em colaborar.

Sem ideação suicida estruturada, tendo apenas pensamentos. Não foram percecionadas dificuldades de atenção e memória, embora fosse a queixa mais frequente do paciente. Ausência de alterações da percepção. Revelou uma boa capacidade de insight, mas o seu pedido era cético e descrente "...vim porque a psiquiatra me mandou mas sou cético em relação à Psicologia..." (sic). Contudo, apelava por ajuda "...o meu problema é desistir e os pensamentos...são paranoias minhas e já pensei em desaparecer..." (sic).

## **Diagnóstico categorial e diferenciado / Enquadramento concetual**

### **1. Formulação da problemática segundo DSM-5**

A avaliação psicológica decorreu em várias fases do processo terapêutico. Cada caso é um caso e, como tal, dadas as idiosincrasias do paciente, a abordagem e intervenção psicológica foram realizadas à sua medida. A hipótese equacionada é de a problemática do paciente relacionar-se com aspetos afetivos e emocionais em que foram evidentes sintomas como alterações do humor, depressivos e ansiosos, explicados, desde a sua infância, bastante rígida e autocrática, relacionamento parental, vivências de adolescência e acontecimentos de vida traumáticos, sobretudo o E.A.M. Assim, foram colocadas algumas hipóteses, como uma Perturbação de Humor - Depressão reativa e Perturbação da Ansiedade Generalizada. Esta última já inferida pela médica Psiquiatra e que pareceu ser o melhor enquadramento clínico. No entanto, na perceção da estagiária, e tendo em conta o diagnóstico diferencial, estão presentes somente algumas características.

C. descreveu várias vezes sentimentos permanentes de ansiedade que não identifica a causa “...não sei porquê especificamente, é porque penso em coisas negativas, não sei algo em concreto entende...” (sic). Preocupação com as notícias do que se passa no mundo e a revolta que sente “...as pulsações aceleram logo, fico revoltado...se pudesse destruí-los a todos” (sic). Estas são sentidas pela estagiária como a revolta que o paciente sente para com o exterior e tudo que se passa à sua volta e que foi aprendendo a reprimir, sendo mesmo, a bebida a melhor forma que encontrou para lidar com estas e outras situações da sua vida. O medo constante de ter um novo enfarte foi percecionado pela estagiária como interferente nas atividades quotidianas do paciente como vida social.

As Perturbações de ansiedade incluem simultaneamente características de medo e ansiedade excessivos e conseqüentes alterações do comportamento. Tendo em conta a Perturbação da Ansiedade Generalizada, são relevantes a ansiedade e preocupação persistentes e excessivas, em vários domínios, que o indivíduo tem dificuldade em controlar. Analisando e avaliando o caso e coadjuvando com outros critérios de avaliação, na perceção da estagiária o paciente apresentou alguns sintomas referentes aos critérios de diagnóstico descritos no DSM-5. Verificam-se critérios A, B e C<sup>21</sup>. Este último, neste caso, associado a cinco (dos seis) dos sintomas seguintes:

1. Agitação, nervosismo ou tensão interior

---

<sup>21</sup> Critérios de Diagnóstico do DSM-5 para Perturbação de Ansiedade Generalizada – Anexo I

2. Fadiga fácil;
3. Dificuldades de concentração ou mente vazia;
4. Irritabilidade;
5. Perturbações do sono (dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou sono insatisfatório).

Na perspetiva da estagiária, a ansiedade pode ser atribuível a outra condição médica, podendo ser explicada pelo E.A.M. Em termos de comorbilidade, sabe-se que indivíduos, cuja apresentação preencha critérios para Perturbação de Ansiedade Generalizada, é provável que tenham preenchido para outras perturbações de ansiedade e para Perturbação Depressiva Unipolar (APA, 2013).

À medida que a estagiária vai explorando percebe que o paciente construiu um sistema de crenças e cognições disfuncionais, relativas ao julgamento crítico que faz de si, de tudo que o rodeia e que os outros possam fazer de si e da sua adição ao álcool. Também a relação, sobretudo com o pai, contribuiu, do ponto de vista da estagiária, para que o paciente aprendesse que tinha de crescer por si mesmo e a sua forma de chamar a atenção foi projetar a sua revolta em todo e todos que o rodeiam, tornando-se no rapaz rebelde da família. Na altura, o seu refúgio foi a política, tornando-se dirigente do MRPP, como forma de se afirmar, de algum modo, e que na atualidade esse comportamento inconscientemente se mantém visível para expressar a sua revolta, face aos acontecimentos do Mundo.

Deste modo, verificaram-se características de personalidade neurótica e labilidade emocional nas diferentes sessões. De acordo com O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) e em consonância com o caso clínico, este padrão está associado com antecedentes temperamentais e fatores de risco genéticos e ambientais que, ainda que de forma independente, são partilhados entre estas Perturbações (APA, 2013).

Face à avaliação Psicológica qualitativa e quantitativa, sugeriu-se sintomas significativos de ansiedade e depressão reativas ao E.A.M. Tendo em conta a Avaliação Global de Funcionamento (GAF-R) realizada no início da avaliação, verificou-se alguma sintomatologia Moderada ou Deficiência Moderada no Funcionamento, situada nos valores 58-60. No final da avaliação a GAF-R encontrou-se entre os valores 61-63, atribuídos à categoria de alguma sintomatologia ligeira persistente ou deficiência ligeira persistente no funcionamento.



## **2. Modelo escolhido**

O que ressaltou de todo o discurso do paciente, foram os traços de personalidade que expressou e que o leva a ter determinados comportamentos, como não gostar de ser pressionado e contrariar seja quem for, como forma de imposição, um orgulho doentio diria e até, de auto afirmação, relacionados com a sua história de vida. A estagiária associa estes mesmos traços a algumas hipóteses, equacionadas anteriormente, principalmente relacionadas com a personalidade do paciente. No seu parecer, todos se interligam com a revolta que o paciente sente, reportando-a no exterior, como forma de se sentir aliviado e de captar, de alguma maneira, a atenção dos que o rodeiam.

Da avaliação, foram sinais a culpabilidade, a fuga da responsabilidade de se auto controlar, a sua falta de confiança, o auto conceito negativo, eventualmente, pela construção de um sistema de crenças disfuncionais, de significados atribuídos aos acontecimentos e aquando da construção do seu EU. Alterações de humor repentinas e que não sabe explicar. A exigência que impõe a si mesmo, dizendo mesmo que na vida tem de se ser radical. O medo constante de um novo ataque e de ficar inválido, assim como, estratégias de coping no parecer da estagiária desadaptativas implicam o funcionamento de atividades diárias do paciente, a forma como se sente e se comporta, tendo estes sido igualmente sinais, que permitiram fazer um enquadramento e intervenção à medida.

Na opinião da estagiária, o modelo que mais se adaptou às características do paciente, foi o proposto pela Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que se dispõe sobre três conceitos básicos: 1) Tríade cognitiva; 2) Pensamentos Automáticos; 3) Esquemas ou crenças centrais (Correia, Barbosa, 2009).

Jacobson (1938) desenvolveu uma técnica chamada “Relaxamento Progressivo” de forma levar o paciente a um estado profundo de relaxamento muscular. A estagiária recorreu ao mesmo como método de autocontrolo com o objetivo de o paciente aplicar em situações de vida de forma autónoma.

## **Proposta de Intervenção**

O programa terapêutico deve ser equacionado, em volta de atividades significativas para o paciente, direcionadas às suas necessidades, para que este se sinta motivado durante a terapia. Dessa forma, é essencial que o/a terapeuta compreenda as metas específicas do seu paciente e as suas idiosincrasias (Ümphred, 1994). A estagiária sentiu que a intervenção com o paciente, tal como com todos os indivíduos, deveria ser à sua medida e como tal tomou

um rumo desde início de forma bastante peculiar, dadas as necessidades e características sentidas em relação ao funcionamento do paciente.

Friedrich e outros (1998) ressaltam que a relação terapeuta-paciente influencia a motivação em vários níveis, incluindo o psicológico. Para o sucesso do tratamento, o/a terapeuta deve ser capaz de motivar e o paciente deve estar receptivo aos esforços do mesmo. O trabalho realizado pela estagiária debruçou-se, essencialmente, na relação terapêutica com objetivos, bem como técnicas que iam sendo delineados ao longo do processo. Em todos os casos, o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e de confiança são fulcrais. Neste caso, o estabelecimento de uma relação terapêutica, foi primordial mas para além disso, trabalhar a mesma, dada a resistência, mecanismos de defesa, transferências e descrença num processo de mudança psicológica por parte do paciente, bem como, face à angústia sentida pela estagiária.

De forma a sustentar o processo de avaliação psicológica, a estagiária procedeu não só a uma avaliação qualitativa mas também quantitativa, ou seja, de cariz psicométrico de forma a refutar algumas hipóteses, mas sobretudo, com o intuito de alívio sintomatológico das preocupações do paciente.

Deste modo, cada sessão foi sendo planeada face às necessidades sentidas pela psicóloga estagiária, bem como, dando valor àquilo que eram as preocupações de C.

A intervenção teve como base a Psicoterapia de Apoio, com Técnicas e Estratégias Cognitivo Comportamentais (TCC), bem como motivacionais. Técnicas psicoeducativas, desde a explicação clínica e prática acerca do acontecimento do enfarte agudo do miocárdio vs atividade física, baseada em documentação científica<sup>22</sup> com o intuito de uma maior tomada de consciência e desconstrução de algumas crenças disfuncionais; explicação do papel dos sonhos; diferenciação Ansiedade vs Medo, à explicação numa fase muito a posteriori, da tríade cognitiva de Beck (Beck, 1956). Outras técnicas, como a reestruturação cognitiva e confrontação de pensamentos. Trabalho de consciencialização do estado emocional<sup>23</sup> do paciente com o objetivo de que este tentasse encontrar estratégias cognitivas.

A técnica “role playing”, baseada na análise funcional (Banaco, 1999), foi também usada como estratégia promotora do desenvolvimento do auto conhecimento, bem como consciencialização de emoções.

---

<sup>22</sup> Explicação clínica e prática – Anexo I

<sup>23</sup> Trabalho cognitivo – Anexo I

Estratégias motivacionais de adesão ao processo terapêutico. Listagem de medos, hierarquização e questionamento socrático<sup>24</sup>.

Explicação e treino de técnicas de respiração e treino do Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson<sup>25</sup> face aos níveis de ansiedade percecionados.

A técnica consiste em aprender a criar tensão e em seguida, relaxar os diferentes grupos musculares do corpo, de forma que se consiga diferenciar quando o músculo está tenso e quando está relaxado (Vilar, J. (1993); Horn S. (1988)).

As técnicas de entrevista psicológica são inerentes a uma Psicoterapia de Apoio e como tal também foram usadas.

Para a avaliação da memória, a estagiária recorreu à Figura Complexa de Rey (Rey, 1988)<sup>26</sup> que, no seu parecer se adequava às queixas relatadas pelo paciente. Para avaliação de sintomatologia ansiosa e depressiva, equacionadas pela estagiária, foi usado o instrumento “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). A escolha do instrumento prendeu-se com a perceção clínica da estagiária, aferição do instrumento para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al., (2007) e características psicométricas do mesmo.

Isto é, o HADS tem sido amplamente utilizado na avaliação breve da depressão e ansiedade em populações psiquiátricas (Herrman, 1997) e, sobretudo, a não inclusão de itens, focados em aspetos somáticos, levaram a estagiária a optar pelo mesmo, até para auxílio de diagnóstico diferencial. Da revisão do estado de arte, feita pela estagiária, as características psicométricas foram também analisadas com pacientes, cujo diagnóstico era de Enfarte Agudo do Miocárdio. Os resultados obtidos, no paciente, foram clinicamente significativos, apresentando um grau de severidade leve para escalas de ansiedade e depressão<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Listagem de Medos e Hierarquização/Tabela de estratégias, procedimentos e técnicas – Anexo I

<sup>25</sup> Protocolo de Relaxamento – Anexo I

<sup>26</sup> Descrição dos instrumentos e Resultados das Avaliações – Anexo I

## **Processo de Intervenção Psicológica**

O processo de intervenção psicológica teve início no dia 22 de dezembro de 2014 tendo terminado, com a estagiária, em agosto de 2015 contabilizando um total de 16 sessões. Cada sessão teve durabilidade de 50 minutos. As primeiras seis sessões foram de Entrevista de Avaliação Psicológica, recolha de anamnese e de todo o processo inerente de observação clínica e construção de uma relação empática, de confiança e terapêutica.

De realçar que esta Intervenção ocorreu em simultâneo com a Intervenção Psicofarmacológica prescrita pela médica psiquiatra.

Neste caso, o início do processo começou de forma peculiar com o objetivo de recolha de anamnese e construção da relação terapêutica, uma vez que o paciente se encontrava bastante resistente, descrente e tinha uma postura hostil.

Assim, após a Entrevista de Avaliação Psicológica, numa segunda sessão, foi feito um Levantamento de hábitos quotidianos detalhados do paciente “O que faz no seu dia a dia”, tendo este colaborado bastante e assim foi recolhida informação relevante.

O trabalho de casa foi instituído pela estagiária, ao final de algumas sessões, com o objetivo de o por a pensar sobre si mesmo e assim levar a uma maior consciencialização do seu estado emocional. Ao princípio C. ficou bastante aflito, visível pelo seu discurso verbal, resistente e renitente ao que a estagiária pedia, tentando de certa forma e, como sempre, no seu jeito delicado, manipular a situação. Esta reação, no parecer da estagiária, denotou “a tal pressão que C. diz não gostar de ser sujeito” e que se alteradas as suas rotinas este destabilizava. Mostrou também traços de exigência consigo mesmo, perfeccionistas e de incessante insatisfação consigo e com o que o rodeia.

Mesmo assim, inicialmente, a estagiária ainda deu alguma liberdade de escolha a C. da forma de realizar o trabalho para o fazer sentir-se mais à vontade. Mas perante a reação do paciente, a estagiária adotou uma postura mais assertiva.

No início da sessão, posterior à do trabalho pedido, C. surpreendeu iniciando a conversa, mas com aspetos formais que não tinham a ver com os da consulta, claramente uma nova tentativa de fuga de si mesmo. Procurando remetê-lo para o assunto da sessão, a estagiária interrompeu e, perguntou pelo trabalho que tinha pedido. Esta atitude da estagiária teve como finalidade estabelecer limites e regras na relação clínica e no fundo, objetivos da psicoterapia de apoio. C. inicialmente manifestou o seu desagrado, torcendo o nariz e tendo até uma postura arrogante, atira o papel que trazia guardado no bolso da camisa “...eu acho que isso...enfim...não sei para quê... não diz aquilo que realmente penso...eu fiz assim em

papel...ainda tive para fazer em computador...também pensei não fazer, fico ansioso quando escrevo e a caligrafia não é das melhores...” (sic). Perante a reação de C., a estagiária entendeu como sendo a sua resistência e postura defensiva a manifestar-se. Em um primeiro momento, a estagiária ficou a olhar para C., pegando no papel sem olhar e encostando-o ao seu lado ao mesmo tempo que reflete algo como “...estou a perceber que este trabalho não lhe fez muito sentido...parece que é indiferente é isso?”.

Esta técnica de entrevista gerou, na percepção da estagiária, uma abertura diferente por parte de C., pois contribui para que ele baixasse as defesas e falasse de si mesmo, mesmo que num processo transferencial. Do ponto de vista da estagiária, este momento foi considerado o ponto de viragem.

O paciente continuou a iniciar as consultas, dizendo sempre que estava tudo igual e não havia nada de novo. No entanto, a sua postura foi-se tornando completamente diferente, o seu discurso mais genuíno e espontâneo, bem como o humor, questionando quando não entendia. Na perspetiva da estagiária, foram sinais da sua entrega, ainda que não acreditasse muito, como referia. Fato este que também mudou.

As estratégias cognitivo-comportamentais foram essenciais para ajudar C. a desenvolver métodos de como lidar com os sintomas e, sobretudo, se implicar, motivar e acreditar no processo de mudança. O intuito subjacente a cada estratégia era o de aumentar a capacidade de insight, consciencialização do seu estado emocional e despoletar a implicação do paciente no processo que, a seu tempo, foi sendo visível.

O relaxamento foi instituído face aos níveis de ansiedade observados e descritos pelo auto relato subjetivo do paciente. O objetivo pretendido foi o de criar um hábito no paciente, que este aprendesse o comportamento e identificasse, em situações quotidianas, estados de tensão, ansiosos e aplicasse as técnicas aprendidas.

Da opinião da estagiária e do paciente, estes procedimentos deverão ser continuados. Assim, no parecer da estagiária, algumas destas propostas devem ser consolidadas tal como, questões relacionadas com o auto conceito, motivação e tomada de decisão. O sono, nomeadamente a higiene do sono seria também importante. O intuito subjacente é sempre o de capacitar o indivíduo de estratégias e competências e promover uma maior consciencialização do estado emocional, bem como da autonomia.

A descrição pormenorizada de algumas sessões encontra-se em anexo<sup>27</sup>. Foram escolhidas a terceira, quarta, sexta, sétima e parte da oitava sessão simplesmente por terem sido, no seu entender, respetivamente a que a levava ao desespero, ficando bastante angustiada e, muitas das vezes, descrente como se ficasse contagiada, a quarta bastante importante, pois, a estagiária conseguira, pela primeira vez, devolver o que realmente sentia do que o paciente trazia e as seguintes pois considera terem sido uma viragem no processo e também um incentivo para a própria estagiária. Neste caso, foram colocadas mais sessões exatamente para que se perceba a resistência, ambivalência e labilidade emocional do paciente e luta que a estagiária percorreu, bem como as tentativas que usou para melhor compreender e ajudar o paciente. As restantes sessões apresentaram a mesma formatação do ponto de vista estrutural.

### **Reflexão crítica do Caso C.**

Este foi um dos casos, acompanhados que foi um completo desafio, uma prova aos limites, capacidade e dificuldades que eu na realidade sentia consigo mesma.

De início, foi angustiante, sufocante mesmo, pois sentia-me perdida e pouco confiante em mim mesma e no que estava a fazer, face à postura do paciente e mecanismos de defesa que adotava, não falando nada. Pensei mesmo que já não aguentava e iria desistir mas a verdade, foi este mesmo sentimento que, quando partilhado em supervisão, e face à orientação, me fizeram implicar ainda mais, procurando formas, estudando, refletindo, o que também foi uma motivação.

Quando fui honesta comigo mesma e me senti mais segura, percebi que pequenas, que para mim foram grandes mudanças, eram já visíveis, tendo sido um sentimento de alívio e bastante gratificante confesso “ufff...começo a conseguir respirar...”.

C. apresentava um sistema defensivo, que fez com que acionasse um mecanismo transferencial de negação em tudo que eu ia refletindo.

---

<sup>27</sup> Relatórios Clínicos – Anexo I

Traços da sua personalidade exigentes consigo e com o exterior, desistentes e hostilidade latente, por vezes, eram notórios, e, de certa forma sentidos por mim como contagiantes.

Contratransferencialmente e com o tempo, fui criando uma relação de empatia mais sólida com o paciente, eventualmente não só, porque fui estando mais à vontade, mas também, porque este estava mais recetivo à relação terapêutica expressão da sua genuinidade.

No meu parecer, a tentativa de uma atitude focada, na criação de uma relação e no objetivo da Psicoterapia de Apoio, recorrendo à devolução do que ia sentindo, ajudaram tal como foi sugerido em orientação e supervisão do caso.

A maior dificuldade sentida com o paciente foi a de conseguir captar a sua confiança e fazer com que este “me deixasse entrar no seu mundo”, ou seja, que me deixasse ajudar a exprimir as suas emoções e o que pensava sobre si, sem estar continuamente a fazer transferências. Claro está, que este era um mecanismo de defesa que o C. utilizava e sempre utilizou, como fui avaliando, sempre muito resistente, duvidoso, apresentando-se com uma postura arrogante e defensiva, transparecendo um lado mais hostil. Assim, e já conhecendo um pouco mais do seu funcionamento, estes foram aspetos considerados importantes de trabalhar até mesmo na relação de um processo terapêutico, mas que não deixou de ser, por vezes, frustrante pois tinha consciência do mesmo e como tal, foi uma dificuldade sentida mas que todas as sessões fiz por trabalhar.

Foi maravilhoso ouvir C. referir que tinha consciência de que, no início, tinha sido “rude mas que eu tinha sido a única pessoa que conseguiu com que ele falasse” (sic) e expressasse todas as suas angústias, verbalizando que se sentia diferente e tinha consciência do mesmo. Senti-me grata e confesso, orgulhosa deste longo processo. Mas, o mais importante foi sentir que, com todos os obstáculos e sentimentos, ajudei alguém a sentir-se um pouco melhor.

## Reflexão Final

---

No geral, considero que a experiência de estágio foi muito rica e intensa de emoções, de trabalho, de vivências, umas melhores outras menos boas, mas muito gratificantes. O fato de ter a oportunidade de ingressar três unidades e co facilitar com a orientadora de estágio e coordenadora do projeto, uma Intervenção em Grupo no Luto Complicado contribuíram para um maior enriquecimento da experiência de estágio, profissional e pessoal.

O início do estágio foi um pouco atribulado. Uma experiência nova, a prática real. Misturando tudo isso a uma insegurança, angustia, medos, receios, expectativas, dúvidas existenciais, deu ao longo do tempo uma abertura à motivação, às vezes desmotivação também, curiosidade, dedicação, empenho e muita gratificação.

No que respeita às reuniões científicas, foram sobretudo relevantes no sentido de atualização e aprofundamento de conhecimentos científicos.

A Humanização e Compreensão são princípios que tentei prezar e aplicar na prática nos diversos contextos de intervenção.

A mensagem retirada da união com a Unidade UADI é o sucesso obtido na inserção na sociedade de alguns pacientes, vistos com potencial pela equipa, o que implica mudarmos o conceito e consequentemente o preconceito relativo a estas pessoas.

Como estagiária de Psicologia, foi importante perceber que é reconhecido que a doença trás dificuldades à comunicação e para isso tem de haver tratamento e não apenas farmacológico, fazendo igualmente parte do processo de tratamento o âmbito psicossocial. No CHSJ é alargada a relação/comunicação “técnico-paciente-família” e uma melhor atuação e resposta podem ser dadas permitindo uma melhor qualidade de vida dos pacientes e meio envolvente.

Relativamente à experiência da intervenção em Grupo no Luto Complicado, de início senti algum desconforto. Provavelmente por não me identificar muito com este tipo de intervenção e devido à exposição face a um número considerável de pessoas. Contudo, com o tempo, tal como na UADI, fui-me sentindo mais confortável o que ajudou na intervenção e aceitação, considerando ter sido uma experiência bastante positiva.

Durante o tempo de estágio, pôde perceber e vivenciar que o mundo da Psiquiatria é vasto e acarreta demasiadas burocracias pelo que nem sempre tudo que é do ponto de vista psicológico necessário é possível de ser viável e exequível. Exemplo disso foi o planeamento de um projeto relativamente a um Grupo para pacientes Ansiosos, proposto pela orientadora e iniciado por mim, mas que não foi possível de colocar em prática.



Há uma definição para quem trabalha no Mundo da Psicologia e não só, que é a de Empatia. Teoricamente é simples e compreensível. Mas na realidade, na prática, não foi isso que senti, nos primeiros tempos, embora tivesse em mente. Foi angustiante, somos seres humanos. Mas, houve uma fase, no contexto de consulta, sentida como uma espécie de transformação inexplicável, o de me colocar no meu papel e centrar-me em ajudar o indivíduo que se encontrava em sofrimento, sem me confundir com ele. Foi estranho também, parece que fiquei fria, diferente da minha forma habitual de reagir pensei eu na altura, mas não, claro que não.

O crescimento pessoal acompanha o profissional e só a prática e o tempo permite esta mesma sensação gratificante e reconfortante, quando se gosta do que se faz.

## Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa, Climepsi Editores, 5.ª edição.

American psychological Association. [Consult. 12 jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.apa.org/about/division/div12.aspx>>

Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva da reflexão teórica à diversidade na aplicação*, vol. 4, pp.75-82. Santo André: ARBytes.

Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (1976). New York: International Universities Press.

Beck AT, Clark DA. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behav Res Ther.*, 1997; 35(1), 49-58.

Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bennett-Levy J., et al. *The Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004, p. 1- 20.

Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Revista Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.

Carvalho, S. (2013). *A Depressão é uma doença que se trata. Material Didático e Picoeducação*. [consult. 1 agosto 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.psimedi.pt/>

*Cuidados Integrados e Recuperação (CIR, 2009)*. Manual de trabalho. Programa de Formação em saúde mental Comunitária. Coimbra. fevereiro, 2009, pp. 62-65; 95-100.

DeRubeis, R. J., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 349–392). New York: Guilford Press.

Diogo Telles-Correia et al. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina: Modelos teóricos e Avaliação. *Lisboa. Ata Med Port.*; 22(1), pp. 89-98. doi: 57.361/j.0j.2008.8.122.

Ferreira-Alves, J. (1991). *Formação Psicológica de Professores: A influência Mediadora do nível de desenvolvimento do autoconhecimento sobre os padrões de autoatribuição. Provas de aptidão científica e capacidade pedagógica.* Universidade do Minho.

Ferros, L. (2005). Morte e processo de luto na infância e adolescência. *Revista da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa* 10 (3), pp. 162-168.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* Nov. 1975; 12(3), 189-98.

Freitas, S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, C., & Santana, I. (2010). *Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população portuguesa.* *Avaliação Psicológica*, 9(3), pp. 345-357.

Fritzen S. J. (1993). *Exercícios Práticos de Dinâmica de Grupo.* Vozes: Petrópolis.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press.

Hartup, W. W. (1996). *The company they keep: Friendships and their developmental significance.* *Child Development*, 67, 1-13.

Hartup, W. W. (1989). *Social relationships and their developmental significance.* *American Psychologist*.

Hospital São João (Centro Hospitalar de São João, EPE). Porto. Acedido em dezembro de 2014, em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/>

Horn S. (1988). Técnicas modernas de relaxamento. São Paulo: Cultrix.

Jacobson E (1938) Progressive Relaxation. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Jacobson, N. S., Dobson, K. T., Traux, P. T., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295–304.

Jurema Alcides Cunha et al.. *Psicodiagnóstico – V 5*. Edição 2000. doi: ISBN 978-85-363-0778-7 1.

– Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2007.

Larson, D. G., & Hoyt W., T. (2007). What has become of grief counselling? . Evaluation of the empirical foundations of the new pessimismo. *Professional Psychology: Research and practice*, 34(4), 347-355

Leal, I. (1999), *Entrevista clínica e Psicoterapia de Apoio. A Entrevista* (pp. 10-37). 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: ISPA.

Leal (2008). *A Entrevista Psicológica. Técnica, Teoria e Clínica*. Lisboa: Fim de Século.

Martinho M. (sd.). *Manual de Competências sociais e pessoais*. Disponível a partir de: <https://pt.scribd.com/doc/66421895/Manual-de-competencias-pessoais-e-sociais#scribd>

Matos, A. P.; Ferreira, A. (2000) – Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria clínica*. 21:3 (2000) 243- 253.

Matos A. C. S., Oliveira I. R., (2013). *Cognitive behavioral therapy of depression: case report*. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. doi: ISSN 1677-5090.

McFall, R.P. (1982). *A Review and formulation of concept of social skills*. *Behavioral Assessement*, 4, 1-33.

Newman, C.; 2010, *Competency in Conducting Cognitive-Behavioral Therapy: Foundational, Functional, and Supervisory Aspects*, American Psychological Association.

Nichols D.S. (2002). *Claves para la Evaluation con el MMPI-2*. Tea Ediciones, S.A.

Noronha, A. P. P. (2009). Testes Psicológicos: conceito, uso e formação. Hutz, C. S. *Avanços e polémicas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 71-91.

Oliveira-Brochado, F. & Oliveira-Brochado, A. (2008). *Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência*. *Saúde mental*, vol.26, no 2.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225-237.

Pedinielli J-L & Gimenez, G. (2005). *Les Psychoses de l'adulte, Paris, Nathan*. Ed. port: *As Psicoses do Adulto*, Lisboa, Climepsi Editores, 1.<sup>a</sup> edição.

Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C. B., & Newsom, J. F. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, Vol. 59, pp. 65-79.

Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: teoria e pesquisa* (p. 25-35). doi.org/10.1590/S0102-37722010000500003.

Ross-Kübler, E. (1997). *On Death and Dying*. New York: Touchstone.

Rey A. Manual do Teste de Cópia de Figuras Complexas Figura de Rey. 1ed. Lisboa: CEGOC-TEA; 1988.

Silva, M. D. (em preparação). Processos de luto e educação. Tese de Mestrado a apresentar à Universidade do Minho.

Stroebe, M. Schut, H. (2001). Meaning making in the Dual-Process Model. Neimeyer, R. (Ed). *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 55-73). Washington: American Psychological Association Press.

Stroebe, M., and Hansson, R., 2001. Handbook of Bereavement Research: consequences, coping, and care. American Psychological Association: Washington, DC.

Stroebe, M., and Schut, H., 2006. Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1), 53-70.

Sundin, E., & Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180, pp. 205-209.

Vera MN, Vila J. Técnicas de relajacion. In: Caballo VE. Manual de técnicas de terapia y modificacion de conducta. 2ª ed. Madrid: Siglo XXI de Espana; 1993. p. 32-9.

Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson, & T. Keane, *Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.

Worden, J. W. (2009). *Grief Counselling and Grief Therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 7, 361-370.